

**Apego y el Perfil Neurocognitivo en usuarios diagnosticados con Trastorno del Espectro  
Autista de 1 a 5 Años atendidos en el Centro de Integración Sensorial para niños con  
Autismo y Desorden en el Desarrollo (CISADDE IPS) en la ciudad de Barranquilla  
Atlántico**

**Esther Carolina Acosta Manjarres**



**Universidad De La Costa “Cuc”**

**Facultad Ciencias Humanas Y Sociales**

**Programa De Psicología**

**Barranquilla**

**2020**

**Apego y el Perfil Neurocognitivo en usuarios diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista de 1 a 5 Años atendidos en el Centro de Integración Sensorial para niños con Autismo y Desorden en el Desarrollo (CISADDE IPS) en la ciudad de Barranquilla Atlántico.**

**Esther Carolina Acosta Manjarres**

**Tutor(a): Mg. Paola García Roncallo**

**Cotutor(a): Mg. Eileen García Montaña**

**La correspondencia relativa a este trabajo debe ser dirigida a Esther Carolina Acosta Manjarres, Programa de Psicología, Universidad de la Costa. Barranquilla – Colombia.**

**Email: [eacosta6@cuc.edu.co](mailto:eacosta6@cuc.edu.co)**

**Universidad De La Costa “Cuc”**

**Facultad Ciencias Humanas Y Sociales**

**Programa De Psicología**

**Barranquilla**

**2020**

### **Agradecimientos**

Agradezco a Dios por el maravilloso regalo de la vida, por mi familia, por amistades santas y por brindarme las virtudes necesarias para culminar con satisfacción este gran logro en mi vida.

A mis padres Nilson Acosta y Ludys Manjarres les dedico este triunfo por todo su esmero y sacrificio para ayudarme a cumplir cada uno de mis sueños, por creer en mí, por su paciencia y todo el amor que me brindan día a día, a mis hermanos Nilson José y Diego por acompañarme en cada uno de los momentos de mi vida, por apoyarme en todo y ayudarme en este caminar hacia la santidad.

Con mucho aprecio y cariño agradezco a la familia C2 por acogerme con tanto amor, especialmente a la Profesora Daniella Abello por ser una inspiración para todas, a mis tutoras Paola García y Eileen García por todo su apoyo, confianza y crecimiento académico, compartir con ustedes este proceso fue una gran experiencia atesoro en mi corazón cada momento, cada aprendizaje. A la Dra Laura Tolosa por su valioso aporte académico que me permitió desarrollar éticamente el proceso investigativo.

Agradezco al Centro de Integración Sensorial para niños con Autismo y Desorden en el Desarrollo (CISADDE IPS) por la confianza puesta en mí y colocarme en contacto con los pacientes y sus familias, a quienes le debo mi más profunda gratitud por permitirme conocer las dinámicas de sus familias.

### **Resumen**

La presente investigación analiza las características de apego, estilos de crianza, perfil neurocognitivo y autismo en estudio de casos puntuales, teniendo en cuenta la relevancia que actualmente tiene el mismo dentro de las organizaciones mundiales y nacionales, evidenciando la necesidad de identificar y describir la influencia de las pautas de crianza y el desarrollo de un apego seguro como factor de apoyo en el desarrollo del perfil neurocognitivo de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista. Los casos de estudio están conformados por 4 pacientes de ambos géneros (femenino: 2 y masculino: 2) del Centro de Integración Sensorial para niños con Autismo y Desorden en el Desarrollo (CISADDE IPS), cuyas edades oscilaban entre 1 y 5 años; a los cuales se administraron los siguientes instrumentos: el Inventario de la Relación Padre-Hijo (PCRI), la Intervención didáctica de caracterización del apego, el Inventario de desarrollo (BATTELLE), el Cuestionario de madurez neuropsicológica (CUMANIN) y la Escala de valoración del autismo infantil (CARS). Los resultados obtenidos se ajustan significativamente a los parámetros y necesidades especificadas a la teoría y la población; en el análisis de los resultados, se logró identificar que el apego y las pautas de crianza de los padres, influyen significativamente en el desarrollo físico, social y mental, de acuerdo con el nivel de autismo y otras características de la dinámica familiar.

***Palabras clave:*** Apego, Pautas de crianza, Perfil Neurocognitivo, Autismo



### **Abstract**

Present investigation include concepts of attachment, Parenting guidelines, neurocognitive profile and autism, taking in mind the relevancy that currently has the same within the global and national organizations, demonstrating the need of to identify and to describe the influence of parenting patterns and the development of a secure attachment as Factor in the support in the development of neurocognitive profile of children diagnosed with autism spectrum disorder. The sample was composed by 4 patients of both genders (female: 2 and male: 2) of Center of Sensory Integration for children with autism and disorder in the Developmen (CISADDE IPS), whose ages range between 1 and 5 years old. Methodology the investigation is framed in the paradigm empirical-analytical, Its approach is from the quantitative approach and is considered a descriptive study, given its purpose. To respond to the proposed objectives, It was the administration of the following instruments: the Father-Son Relationship Inventory (PCRI), The Intervention didactics of characterization of the attachment, the Development Inventory (BATTELLE), the Neuropsychological Maturity Questionnaire (CUMANIN) and Scale of evaluation of the infantile autism (CARS). Satisfactory results were reported, Delimiting the attachment and the patterns of rearing the parents, as support factors During the physical, social and mental development, in accordance with the autism level and other characteristics of family dynamics.

**Words keys:** Attachment, Parenting guidelines, Neurocognitive profile, Autism

**Tabla de contenido**

Lista de tablas y figuras .....	8
Introducción .....	9
Definición del problema .....	11
Planteamiento del problema .....	11
Formulación del problema .....	13
Justificación .....	14
Objetivos .....	17
Objetivo General .....	17
Objetivos Específicos .....	17
Marco teórico .....	18
Antecedentes del trastorno del espectro autista.....	18
Trastorno del espectro autista.....	21
Epidemiología del trastorno .....	22
Etiología del trastorno .....	23
Criterios de evaluación del trastorno del espectro autista .....	24
Apego .....	27
Desarrollo del apego.....	28
Fases de apego.....	29
Apego en niños diagnosticados con trastorno del espectro autista .....	31
Estilos de crianza.....	33
Perfil neurocognitivo .....	34
Metodología .....	36
Fase 1. Selección de la muestra.....	41
Fase 2. Recolección de información. ....	41
Fase 3. Análisis de resultados. ....	42
Fase 4. Elaboración de informes. ....	42
Resultados .....	45
Discusión.....	58
Conclusiones .....	60

Limitaciones.....	61
Recomendaciones .....	62
Referencias.....	63
Anexos .....	69

### Lista de tablas y figuras

#### Tablas

Tabla 1 Criterios diagnósticos del DSM-V para Trastorno del Espectro Autista _____	25
Tabla 2 Niveles de compromiso para el Trastorno del Espectro Autista _____	27
Tabla 3 Descripción de las características para determinar las fases de apego _____	30
Tabla 4 Operacionalización de la variable _____	37
Tabla 5 Criterios para determinar el estilo de apego _____	41
Tabla 6 Presupuesto. _____	43
Tabla 7 Cronograma. _____	44
Tabla 8 Síntesis de los datos sociodemográficos _____	46
Tabla 9 Desempeño de los pacientes en la categorización de autismo. _____	48
Tabla 10 Descripción de las áreas y subáreas de desarrollo y desempeño _____	50
Tabla 11 Descripción cuantitativa de los resultados del Cuestionario Cumanin _____	53
Tabla 12 Criterios de patrones de comportamiento y las respuestas de apego _____	55
Tabla 13 Análisis de los resultados de Apego y estilo de Crianza. _____	56
Tabla 14 Análisis de desempeño individual y general. _____	57

#### Figuras

Figura 1 Desempeño general de las dimensiones de estilos de crianza _____	54
---	----

## **Introducción**

El trastorno del espectro autista (TEA) se encuentra enmarcado a lo largo del desarrollo de los infantes, según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014) las cifras de niños diagnosticados con este trastorno cada día va en aumento, de igual modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) indica que uno de cada 160 niños padece del trastorno del espectro autista; por lo cual, es considerada como una de las patologías de mayor importancia dada su prevalencia.

Frente a este panorama de salud mental es pertinente indagar más a fondo el apego y la relación entre pautas de crianza y el perfil neurocognitivo, junto al impacto que tiene en la sintomatología asociada a los Trastornos de desarrollo; específicamente el Trastorno del Espectro Autista.

Evidentemente es de gran importancia el estudio de las variables ya mencionadas, con la finalidad de identificar la relación entre el perfil neuro-cognitivo de niños y niñas diagnosticados con trastorno del espectro autista de 1 a 5 años, los estilos parentales de sus cuidadores y su tipo de apego.

El marco teórico se sustenta en aspectos como: los antecedentes del estudio de trastorno del espectro autista, etiología, epidemiología y criterios diagnósticos; los diferentes postulados de las teorías en cada una de las variables, el desarrollo del apego, fases de apego y el apego en niños diagnosticados con TEA. Al igual que pautas de crianza y el concepto teórico de cada una de las habilidades a evaluar del perfil neuro-cognitivo.

La presente investigación corresponde a un estudio de caso empírico cuantitativo y descriptivo de poblaciones, debido a que se administraron encuestas con muestras no

probabilísticas, lo que permitió analizar la concordancia entre el perfil neuro-cognitivo de niños y niñas diagnosticados con trastorno del espectro autista de 1 a 5 años, los estilos parentales de sus cuidadores y su tipo de apego. Logrando sintetizar adecuadamente cada uno de los casos, las variables y los datos.

Cabe mencionar que la fase de medición se llevó a cabo mediante la selección de cada uno de los participantes, posteriormente la administración del consentimiento a los padres en la participación de la investigación, la aplicación de técnicas e instrumentos pertinentes para la evaluación de cada una de las variables y el análisis de los datos obtenidos.

## **Definición del problema**

### **Planteamiento del problema**

Los trastornos del desarrollo constituyen un importante problema de salud, debido a su gran prevalencia en el mundo y por las consecuencias a nivel familiar, social, laboral y personal que generan estos trastornos; en la actualidad, existe un aumento en las diversas sintomatologías que conducen al padecimiento de alguna enfermedad en el desarrollo, de acuerdo con la OMS (2017) uno de cada 160 niños padece un trastorno del espectro autista; este trastorno es casi cinco veces más común en niños (1 en 54) que en niñas (1 en 252), al igual se pueden encontrar 5 millones de personas con este trastorno; con base en la evidencia actual en Europa el TEA afecta al 0,6% de la población y en Estados Unidos uno de cada 88 niños.

El aumento de la prevalencia del trastorno de espectro autista en Colombia es significativo en los últimos años, de acuerdo con Protocolo clínico, para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastorno del espectro autista se estima que aproximadamente un 16% de la población menor de 15 años padece algún tipo de trastorno del desarrollo, entre ellos el trastorno del espectro autista; sin embargo, Colombia no cuenta con cifras oficiales que delimiten la prevalencia del trastorno (Ministerio de salud, 2015). De acuerdo con el Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO, en Colombia se registró, en 2013, un número de 64.530 personas diagnosticadas con autismo en la niñez y 2.642 personas diagnosticadas con autismo atípico (Ministerio de salud, 2015).

En los reportes oficiales de la Secretaría de Salud del departamento del Atlántico y de la ciudad de Barranquilla en su informe en salud más actual: análisis de situación de salud, Barranquilla (ASIS, 2017) no se cuenta con cifras oficiales sobre el trastorno, pero evidencia la

necesidad de la población, debido al incremento de unidades de atención y empresas prestadoras de servicio en salud mental, contando con 16 unidades en la ciudad, sin embargo, son pocas para la población.

Consiguiente a esto, el apego es un constructor de experiencias durante el crecimiento e influye significativamente en la exploración del entorno y el desarrollo socioemocional a lo largo de toda la vida; Bowlby (1995) reconoce al apego como un imperativo biológico que tiene sus orígenes en la necesidad evolutiva: el vínculo de apego con el cuidador o los cuidadores es de vital importancia para la supervivencia y el desarrollo físico y emocional del bebé; se puede llegar a pensar que no existe un apego en los niños diagnosticados con TEA, ya que las características principales son dificultades en la interacción social, la comunicación verbal y no verbal, y los patrones estereotipados de comportamiento, intereses y actividades, sin embargo, Buitelaar (1995) expone que las conductas de apego en la mayoría de los niños autistas, tiende a ser desorganizado, desarrollando un vínculo, en relación de búsqueda de proximidad o de reunión en la Prueba de Situación Extraña; los niños que padecen de TEA desarrollan el apego con base a las personas que se encuentran en su entorno, prefieren en primera instancia interactuar con objetos inanimados en lugar de personas, no obstante, en informes de muchos padres de niños diagnosticados describen a sus hijos como "muy molestos cuando la madre se va", evidenciando un cambio en el comportamiento significativo en las conductas de apego, por lo cual, se puede deducir que los niños con este trastorno desarrollan el apego de la misma forma que un niño regular (Buitelaar, 1995).

En este orden de ideas, las experiencias tempranas con los padres son un factor importante para la instauración del apego y su relación con el entorno, sin embargo, estas conductas parentales no aportan solo a desarrollo del apego, también corresponden a un conjunto



de disposiciones de los padres frente al niño que influyen significativamente en las habilidades necesarias para explorar y conocer el mundo, destacando el papel que tienen los padres para favorecer y acompañar su aprendizaje (Baumrind, Larzelere, y Owens, 2010).

Por otro lado, las disposiciones de padres y la dinámica familiar se ven afectadas por la presencia del trastorno, como lo demuestra la encuesta Red Espectro Autista Latinoamérica (REAL), la cual, manifiesta que más del 55% de los cuidadores consideraban que podían ser discriminados por tener un hijo/a diagnosticado con trastorno del espectro autista; en el 50% de las familias algún cuidador ha tenido que recortar horas de trabajo, y el 42% de las familias ha tenido problemas financieros a causa del trastorno, la gran mayoría de familias se han frustrado al menos alguna vez en la búsqueda de servicios para su hijo/a diagnosticado con TEA (REAL, 2015).

### **Formulación del problema**

Es pertinente desarrollar una investigación orientada a aportar en el desarrollo cognitivo y socioemocional de los niños diagnosticados con Trastorno del espectro autista, en relación con otros elementos que impacten positivamente, en propósito de solucionar la siguiente pregunta problema

*¿Cómo el perfil neurocognitivo, las respuestas de apego y estilos parentales de los cuidadores se presentan en casos niños con diagnóstico trastorno del espectro autista?*

### **Justificación**

El trastorno del espectro autista (TEA) es uno de los trastornos que se encuentra enmarcado en los trastornos del desarrollo, según la clasificación del DSM-V (2014) el TEA se ha convertido en un obstáculo para el desarrollo integral de muchos niños y niñas a nivel mundial, limitando de manera significativa la capacidad de una persona para sus actividades diarias y su participación en la sociedad. Por su parte la OMS (2017) manifiesta que las limitaciones impactan negativamente en diferentes contextos como en los logros educativos, sociales y en las oportunidades de empleo.

El trastorno del espectro autista al afectar directamente a los infantes, se ve vinculado en el desarrollo de las políticas nacionales e internacionales se busca salvaguardar los derechos de los niños, específicamente en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) expone los derechos humanos básicos que tienen todos los niños del mundo: el derecho a la supervivencia, a desarrollarse plenamente, a ser protegidos de influencias perjudiciales, del abuso y de la explotación y a participar plenamente en la vida familiar, cultural y social. También reconoce la importancia de la asistencia y el apoyo de la familia, específicamente en el artículo 2 en el cual expone que los Estados deben tomar las medidas necesarias para garantizar la protección del niño contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la condición frente a las opiniones expresadas o las creencias de sus padres, sus tutores o de sus familiares.

Del mismo modo los niños que presentan limitaciones físicas o mentales son más vulnerables al abuso físico, sexual, psicológico y a la explotación que los niños regulares, por varias razones como: los prejuicios culturales, la exigencia que ejercen sobre sus familias y son considerados blancos fáciles, ya que su indefensión en la mayoría de los casos no les permite manifestar lo que sucede y así, hacer respetar sus derechos (UNICEF, 2014).

El trastorno del espectro autista en Colombia es una condición cuya incidencia se ha incrementado, hace 20 años se diagnosticaba con autismo a un niño de cada 10.000 según el reporte del ministerio de salud en Colombia (2015); de acuerdo con el Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO, descrito en el reporte del ministerio de salud en Colombia (2015), se registró en 2013, un número de 64.530 personas diagnosticadas con autismo en la niñez y 2.642 personas diagnosticadas con autismo atípico. Por su parte, una de las recomendaciones que realiza al gobierno nacional y a todos los sectores es focalizar recursos, a través de proyectos de inversión, para personas con discapacidad financiados en su totalidad o en parte con el presupuesto general de la nación, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Plan Nacional de Desarrollo (PND) (2018–2022).

El Centro de Integración Sensorial para el Autismo y Desordenes en el Desarrollo sede 2 (CISADDE) es un programa que brinda atención a usuarios niños, jóvenes y adultos que están diagnosticados o que manifiestan problemas relacionados con autismo, síndrome de Down, espina bífida y en general problemas de comportamiento y aprendizaje que requieren de una atención integral y especializada. De esta forma, a los usuarios se les brinda atención individualizada y colectiva, enfocado en los planes de intervención trazados previamente; los objetivos y su nivel de alcance en la intervención, informes mensuales sobre la evolución o involución en la habilitación y estimulación de las habilidades cognitivas, conductuales, sociales y de juego, de acuerdo a las características de cada paciente; estudios de caso con padres o planteles educativos dependiendo del caso; actividades para vincular a los padres con sus hijos, como escuela para padres, actividades lúdicas y celebración de festividades puntuales. Se observa poco manejo de los usuarios por parte de los padres en casa y comportamientos específicos relacionados con la familiaridad y comunicación entre padre e hijo limitando el

proceso terapéutico específicamente en la adecuada generalización de conductas, socialización y exploración con pares y del entorno.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente y el aumento significativo del TEA y su afectación en el individuo como ser integral y el desenvolvimiento en los diferentes contextos, muchas organizaciones de la salud han estudiado el trastorno pasando por alto factores que faciliten la adquisición de nuevos conocimientos y desarrollo de conductas sociales, de igual manera, al explorar la temática elegida en la presente investigación, se puede contribuir para la amplitud de nuevos conocimientos a los especialistas y/o expertos competentes y así al mejoramiento del estilo de vida de muchos niños y familias que se vean afectados en su diario vivir por este trastorno, así mismo, facilitar herramientas necesarias a los padres de familia y sensibilizar a los mismos en su participación activa en el proceso terapéutico siendo factor importante en la evolución de los mismos.

La presente propuesta tiene como fin contribuir al programa de psicología y a la producción científica del semillero de investigación Cognitivo-Conductual y al grupo de investigación de evolutiva y psicopatología. Así mismo, se busca aportar al desarrollo investigativo de la línea de investigación de neurociencias cognitivas y salud mental de la Universidad de la Costa en línea con las disposiciones de las organizaciones mundiales, nacionales y locales, ya que todas estas entidades llegan al mismo objetivo que es trabajar por velar los derechos y una mejor calidad de vida para los niños y niñas con discapacidad, en este caso, diagnosticados con TEA.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Analizar la concordancia entre el perfil neuro-cognitivo de niños y niñas diagnosticados con trastorno del espectro autista, los estilos parentales de sus cuidadores y su tipo de apego

### **Objetivos Específicos**

- Identificar el perfil neuropsicológico de los niños y niñas diagnosticados con TEA
- Describir los diferentes estilos parentales de los cuidadores.
- Caracterizar los tipos de apego de los niños y niñas diagnosticados con TEA.
- Comparar el tipo de apego y el perfil neurocognitivo de los niños y niñas diagnosticados con el trastorno del espectro autista, y los estilos parentales/de crianza de sus cuidadores

### **Marco teórico**

En este apartado se presentarán las bases teóricas y algunas investigaciones que guardan relación con el objeto de estudio, fundamentando teóricamente cada una de las variables sobre la evolución conceptual, su aporte empírico y las dimensiones que lo constituyen.

#### **Antecedentes del trastorno del espectro autista**

Los niños diagnosticados con TEA presentan patrones comportamentales específicos, uno de estos comportamientos es la interacción con el medio, el cual, es importante para el desarrollo de vínculos afectivos, este se detecta alrededor de los 3 años (en algunos casos mucho antes) debido al proceso del desarrollo y adquisición de información de los infantes. En esta etapa se establece el apego con las figuras de cuidado, que se define como interacciones no verbales tempranas, de origen biológico, que se registran en el bebé como representaciones mentales y normas para procesar la información, posteriormente se evidencia en la capacidad de pensar, sentir, recordar y actuar (Wallin, 2012). Los niños presentan dificultades en la formación de vínculos de apego debido a que se encuentra alterada y su conformación es más lenta que en los niños regulares; sin embargo, los niños diagnosticados con TEA se relacionan de forma diferente con los extraños en comparación con personas significativas, lo que manifiesta un índice de apego del niño con sus familiares (Saenz. Buijarro y Sanchez, 2007).

La diferencia en la forma como se relacionan los niños con los extraños y con personas significativas se basa en la seguridad de los apegos en la familia que se fundamenta principalmente en la capacidad para resolver problemas, donde cada uno de los miembros de la familia deben tener disposición para resolver las discordancias afectivas que provocan las situaciones traumáticas de la mejor manera, estableciendo acuerdos que les permitan reflexionar frente a situaciones y experiencias afectivas (Jiménez, 2016).

Se puede evidenciar en los comportamientos de los niños en relación con el mundo, así mismo y a los demás, los niños con apego seguro presentan conductas que les permite abrirse al mundo exterior e intercambiar información, recursos, pedir y recibir ayudas exteriores; mientras los niños con apegos inseguros manifiestan dificultades para adaptarse en diferentes ambientes y comportamientos rígidos y estereotipados (Jiménez, 2016).

El desarrollo de los comportamientos no solo se debe a la relación de los niños con sus padres y/o cuidadores, sino también de cada una de la experiencias y situaciones que vivencian, por medio de las cuales forman una percepción del mundo, si estas experiencias son muy negativas comienzan a ver el mundo como una amenaza, el niño podría aislarse formando una barrera a la realidad; lo expuesto anteriormente está basado en la teoría de Bruno Bettelheim, el sostenía que las relaciones entre padres e hijos, especialmente la falta de apego madre-hijo puede incrementar la sintomatología del autismo (Soriano, 2016).

Uno de los pioneros en el estudio del autismo es Kanner (1943) quien en su trabajo titulado *Perturbaciones autísticas del contacto afectivo*, empleó el termino de soledad autista para definir las características de conducta más notable en los primeros años de vida, como severas dificultades para relacionarse, el retraso o perturbación en el desarrollo del lenguaje y la inflexibilidad a los cambios medioambientales; este conjunto de sintomatologías conductuales anómalas las definió como “autismo infantil precoz”. En los avances de investigaciones referentes al autismo cabe resaltar a Kolvin (1971) que como resultado de su trabajo logró diferenciar el autismo de la esquizofrenia, para esos tiempos era un tema muy controversial por los expertos, por otro lado, la investigación desarrollada por Rutter (1974) alcanzó un paso gigante en la etiología reconociendo y describiendo la base genética y biológica en el autismo.

El desarrollo de la investigación se encuentra enmarcadas en las variables expuestas anteriormente, se han encontrado estudios relevantes que lo sustentan, una de estas es la investigación desarrollada por Zartaj, Malekjahan, y Salavatian (2019) dentro de los hallazgos identificaron las necesidades de los niños con autismo para crear un territorio deseable en el entorno conductual, por ende, debe satisfacer sus necesidades sociales y allanar el camino para acceder, proporcionando los servicios que necesitan y como consecuencia incrementar las condiciones, para que las interacciones sociales se establezcan continuamente entre estos niños. Así mismo, Casas y Aparicio (2016) expone cómo la tecnología implementada por software, evidencia grandes avances en el cubrimiento de las necesidades como el habla del niño, la mejora en las destrezas motrices finas, la motivación al aprendizaje y de manera significativa, la comunicación por medio de diversidad de juegos como mundos virtuales y actividades funcionales que ofrecen estímulos sensoriales desde diferentes perspectivas auditivas, visuales y táctiles, entre otras. En el campo de la robótica, con el uso de herramientas terapéuticas interactivas como los HMI, se tiene como principal objetivo la interacción social y autonomía del individuo, permitiendo la evaluación, el tratamiento de rehabilitación física y el desarrollo de la capacidad de imitación, entre otras funcionalidades. De esta forma la tecnología planteada logra romper el aislamiento y cumple un papel de mediador social en niños diagnosticados con autismo.

En este orden de ideas, en el estudio de un niño diagnosticado con TEA, después de la evaluación los resultados arrojan que el perfil neuropsicológico que coincide con el Trastorno del espectro del autismo de grado 1, evidenciando una inmadurez en el neurodesarrollo, deterioro de la comunicación social y patrones de comportamiento restringidos y repetitivos, que estarían causando una interferencia significativa en el funcionamiento adaptativo del paciente a nivel



familiar, social y académico, no obstante, se descarta una discapacidad intelectual que le impida la adquisición de nuevos conocimientos (Camargo y Santamaria, 2016). Con base en el estudio de García y Narbona (2014) los cuales analizan la efectividad de los instrumentos para el diagnóstico del TEA el Inventario del Espectro Autista (IDEA) y el Childhood Autism Rating Scale (CARS), de los cuales, el CARS fue administrado en la investigación anterior; en el resultado se identifica que ambas escalas discriminan correctamente entre el trastorno autista y los demás diagnósticos clínicos.

Estas investigaciones recientes han demostrado que muchos niños a pesar del diagnóstico pueden lograr el funcionamiento de una vida normal y otros pueden mejorar sustancialmente su calidad de vida, independencia, intercambio social y comunicación; en la investigación desarrollada por Nedelcu y Cancela (2012) se identifica a través del Perfil Cognitivo la diferencia entre los Niños con Trastorno de Asperger y Autismo de Alto Funcionamiento, debido a que en los avances pueden confundirse los dos diagnósticos, sin embargo, se evidenció que la única diferencia significativa entre el Trastorno de Asperger y el TEA son las habilidades verbales, desde el principio un criterio diferencial para el establecimiento de estos dos diagnósticos.

### **Trastorno del espectro autista**

El Trastorno del Espectro Autista (TEA), es uno de los trastornos con mayor prevalencia a nivel mundial, según la OMS (2017) uno de cada 160 niños padece un trastorno del espectro autista lo cual es muy alto con respecto al índice poblacional, el DSM-V (2013) define el TEA como una alteración médica o genética, o asociado a un factor ambiental, comprometiendo el desarrollo neurológico, mental o del comportamiento. Las características fundamentales del

autismo son: desarrollo de la interacción social, conductas de la comunicación y del mantenimiento, comprensión de las relaciones y un repertorio muy restringido de actividades e intereses, claramente anormales o deficitarios; sin embargo, a lo largo del desarrollo los niños diagnosticados con TEA también experimentan etapas propias de la niñez.

Teniendo en cuenta diferentes estudios científicos se indica la existencia de múltiples factores causantes del trastorno, entre ellos los genéticos y ambientales, que hacen más probable que un niño pueda padecer un trastorno del espectro autista; los niños que padecen trastorno del espectro autista no tienen cura, sin embargo, se ha demostrado que las diferentes intervenciones en los campos psicosociales, terapia conductual y capacitación para los padres y otros cuidadores, en la mayoría de casos, pueden aumentar las habilidades de comunicación y comportamiento social, incrementando la calidad de vida los niños y de las personas que lo rodea la (OMS, 2017).

Los niños diagnosticados con TEA requieren de servicios integrados que incluyan la promoción de la salud, la atención, servicios de rehabilitación y la colaboración con otros sectores como el educativo, el laboral y el social, para que en los entornos en los cuales los niños se encuentren inmersos sean más accesibles, inclusivos y compasivos.

### **Epidemiología del trastorno**

El trastorno del espectro autista constituye uno de los trastornos con una significativa prevalencia en la población general, la OMS (2017) en su documento Trastornos del espectro autista, uno de cada 160 niños padece trastorno del espectro autista. Así mismo, la Red de Monitoreo de Autismo y Discapacidades del Desarrollo (ADDM) realizó un estudio de vigilancia sobre la prevalencia del TEA entre niños de 8 años cuyos padres o tutores viven dentro de 11

estados en los Estados Unidos, la prevalencia general del trastorno del espectro autista fue de 16.8 por 1,000 (uno de cada 59) niños de 8 años (ADDM, 2014).

Se estima que aproximadamente un 16 % de la población menor de 15 años en Colombia padece algún tipo de trastorno del desarrollo, entre ellos trastorno del espectro autista; sin embargo, en Colombia no existen cifras exactas sobre la prevalencia de este tipo de alteraciones, no obstante, este es uno de los principales motivos de consulta de neuropediatría y psiquiatría infantil (Uscátegui, 2015).

### **Etiología del trastorno**

El trastorno del espectro autista ha tenido una evolución en la identificación de los factores desencadenantes del trastorno, se han formulado muchas teorías, algunas con mayor fuerza que otras sobre su origen, diversos autores exponen que el autismo es un trastorno del sistema nervioso central que se manifiesta a través de un déficit cognitivo y uso limitado del lenguaje (Rutter, 1974; Damasio y Maurer, 1978).

Actualmente, sobre la etiología del autismo infantil se reconocen los factores genéticos y cromosómicos y las variables neurobiológicas, partiendo de estudios para identificar una alteración genética y estudiar su comportamiento; el National Institutes of Health (NIH) reporta que existen las evidencias necesarias para sustentar la idea de que los genes son una de las principales causas del TEA, más de 100 genes en diferentes cromosomas podrían estar involucrados en el desarrollo de este trastorno en diferentes niveles; por otro lado, los aspectos psicológicos (afectivos, cognitivos y sociales) que preceden al comportamiento autista con frecuencia en sus diferentes ambientes, especialmente en el entorno familiar (NIH, 2019).

A pesar de las diferentes investigaciones y la evolución en estudios, no se ha logrado identificar una causa común para el trastorno autista, pero todos los estudios llegan a la misma

conclusión, todos los déficits cognitivos que presentan los niños y niñas autistas dan lugar a los déficits comportamentales y de relación social.

### **Criterios de evaluación del trastorno del espectro autista**

Para la detección y diagnóstico de los diferentes trastornos, en este caso, del trastorno del espectro autista, el DSM V, brinda a través de su sistema de clasificación una descripción detallada de las sintomatologías y manifestaciones físicas en cada uno de los criterios.

Tabla 1

*Criterios diagnósticos del DSM-V para Trastorno del Espectro Autista*

Trastorno del espectro autista	Criterios
Trastorno del espectro autista	<p data-bbox="426 367 1829 427">A. Deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social en diversos contextos, manifestados actualmente o por los siguientes antecedentes.</p> <ol data-bbox="426 435 1892 743" style="list-style-type: none"> <li>1. Deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo: desde un acercamiento social anormal y fracaso en la conversación normal en ambos sentidos, pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.</li> <li>2. Deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social; por ejemplo: desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías en el contacto visual y del lenguaje corporal o en las deficiencias en la comprensión y el uso de gestos hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal</li> <li>3. Deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones; por ejemplo: desde dificultades para ajustar el comportamiento a diversos contextos sociales, pasando por dificultades para compartir el juego imaginativo o para hacer amigos hasta la ausencia de interés por las otras personas.</li> </ol> <p data-bbox="426 751 1713 812"><i>Especificar</i> la gravedad actual: la gravedad actual se basa en los deterioros de la comunicación social y en los patrones de comportamientos restringidos y repetitivos (Ver tabla 2).</p> <p data-bbox="426 820 1892 880">B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos, pero no exhaustivos)</p> <ol data-bbox="426 888 1892 1230" style="list-style-type: none"> <li>1. Movimientos, uso de objetos o habla estereotipada o repetitiva; por ejemplo: estereotipias motrices simples, alineación de juguetes, cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincráticas.</li> <li>2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad a rutinas, o patrones ritualizados de comportamiento verbal y no verbal; por ejemplo: elevada angustia ante pequeños cambios, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de seguir siempre la misma ruta o de comer los mismos alimentos cada día.</li> <li>3. Intereses muy restrictivos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad y focos de interés se refiere; por ejemplo: fuerte vínculo o elevada preocupación hacia objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos y perseverantes.</li> <li>4. Híper o hiporreactividad a los estímulos sensoriales o interés inusual por los aspectos sensoriales del entorno; por ejemplo: aparente indiferencia al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos y texturas específicas, oler o tocar excesivamente objetos, fascinación visual con luces o movimientos.</li> </ol> <p data-bbox="426 1239 1850 1338">C. Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo. No obstante, pueden no manifestarse totalmente hasta que las demandas sociales supera sus limitadas capacidades, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida.</p> <p data-bbox="426 1346 1850 1378">D. Los síntomas causan deterioro clínico significativo en el área social, laboral o en otras importantes para el funcionamiento habitual.</p>

---

E. Estas alteraciones no se explican mejor por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo. La discapacidad Intelectual (DI) y el TEA se encuentran frecuentemente unidas. Para poder realizar un diagnóstico del TEA y del DI con comodidad, la comunicación social debe situarse por debajo de lo esperado a nivel general del desarrollo.

**Nota.** A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo.

---

*Nota:* Recuperado de Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Copyright© 2014 Asociación Americana de Psiquiatría. Fuente: E. Acosta, 2020.

Luego de examinar los criterios diagnósticos establecidos en el DSM-V, este presenta especificaciones para comprender a fondo cada uno de los niveles de severidad por medio de características y/o conductas, desarrollando así un mejor ejercicio clínico en el diagnóstico y tratamiento, las cuales, se presentarán a través de la siguiente tabla.

Tabla 2

*Niveles de compromiso para el Trastorno del Espectro Autista tomado del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V (2013). (DSM V)*

Nivel de Severidad	Comunicación Social	Intereses Restringidos y Conducta Repetitiva
<b>Nivel 3 Requiere un apoyo muy sustancial</b>	Déficits severos en habilidades de comunicación social verbal y no verbal que causan alteraciones severas en el funcionamiento, inicia muy pocas interacciones y responde mínimamente a los intentos de relación de otros.	La inflexibilidad del comportamiento, la extrema dificultad afrontando cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos, interfieren marcadamente en el funcionamiento en todas las esferas. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta
<b>Nivel 2 Requiere un apoyo sustancial</b>	Déficits marcados en habilidades de comunicación social verbal y no verbal; los déficits sociales son aparentes incluso con apoyos; inician un número limitado de interacciones sociales; y responden de manera atípica o reducida a los intentos de relación de otros.	El comportamiento inflexible, las dificultades para afrontar el cambio, u otras conductas restringidas/repetitivas, aparecen con la frecuencia suficiente como para ser obvios a un observador no entrenado e interfieren con el funcionamiento en una variedad de contextos. Gran malestar o dificultad al cambiar el foco de interés o la conducta.
<b>Nivel 1 Requiere apoyo</b>	Sin apoyos, las dificultades de comunicación social causan alteraciones evidentes. Muestra dificultades iniciando interacciones sociales y ofrece ejemplos claros de respuestas atípicas o fallidas a las aperturas sociales de otros. Puede parecer que su interés por interactuar socialmente está disminuido.	La inflexibilidad del comportamiento causa una interferencia significativa en el funcionamiento en uno o más contextos. Los problemas de organización y planificación obstaculizan la independencia.

*Nota:* Recuperado de Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Copyright© 2014 Asociación Americana de Psiquiatría

## Apego

El concepto del apego es muy amplio, debido a que, se desarrolla a partir de cada una de las experiencias significativas que el ser humano vivencia a medida que va creciendo y explorando el entorno en el que se desenvuelve, Bowlby reconoce al apego como una imposición biológica al satisfacer la necesidad evolutiva, relacionada en el vínculo de apego entre el

cuidador y/o cuidadores y el infante, este es esencial para la supervivencia y el desarrollo físico y emocional del bebé (Bowlby,1977).

El apego, son todas esas interacciones no verbales de origen biológico, que se pueden observar desde edades muy tempranas, de las cuales los infantes hacen representaciones mentales y normas para procesar la información, desarrollando diferentes habilidades como la capacidad de pensar, sentir, recordar y actuar; la teoría del apego se basa en todos los momentos significativos en las relaciones personales, especialmente con los padres y/o cuidadores puesto que inician desde el lenguaje no verbal, es decir, que este comienza incluso antes de que los infantes desarrollen el lenguaje expresivo en la relación del yo con la experiencia (Main, Kaplan y Cassidy, 1985).

### **Desarrollo del apego**

Los comportamientos maternos juegan un papel importante en el crecimiento de los infantes, Ainswoth, Blehar, Waters y Wall (2014) identificaron que dichos comportamientos por parte de la madre al bebé podrían acelerar o retrasar el desarrollo del apego, los comportamientos maternos que más influyen son, la alimentación con leche materna, la alimentación programada, diversos arreglos para dormir, la interacción cara a cara con el contacto corporal y cercano, comportamientos socioafectivos como sensibilidad a las señales, cooperación con el comportamiento continuo y aceptación del bebé. A Bowlby le sorprende la similitud funcional del útero de una madre y los brazos de la madre como medio para brindar protección y cuidado infantil, el bebé utiliza conductas socio afectivas como el llanto y la sonrisa para activar el comportamiento maternal, lo que le permite no perder a su madre de vista o del oído durante los 3 primeros años de vida (Bowlby, 1978).

Por otro lado, en la infancia durante todo el periodo de latencia los niños aprenden a sentir por medio de las personas que lo ayudan a satisfacer sus necesidades, del mismo modo,



explica como la madre al acariciarlo, besarlo, mecerlo está enseñándole al niño como amar (Bowlby,1978).

Durante el curso del primer año de vida se evidencian componentes que se integran en la conducta de apego como: chupar, aferrarse, seguir, llorar y sonreír, estas conductas actúan como liberadores sociales de respuestas instintivas en las madres como chupar después de alcanzar su fin, por ejemplo, la comida es una respuesta recíproca limitada que le beneficia al bebé pero la más interesada de que este ingiera los alimentos es la madre, sin embargo, el llanto y la sonrisa depende del resultado sobre el efecto del comportamiento maternal (Bowlby, 1978).

El apego en los infantes es de vital importancia para el desarrollo y las experiencias tempranas son las principales mediadoras de estas, las principales funciones del apego son obtener una base segura desde la cual explorar el mundo e instaurar un refugio para buscar consuelo y seguridad ante el peligro, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, es fundamental para el crecimiento de los infantes el establecimiento de un buen apego en la exploración, el desarrollo del lenguaje, la maduración de las estructuras neurológicas necesarias para la memoria explícita, tales modelos se codifican en la memoria implícita (Botella, 2005).

### **Fases de apego**

El apego en los niños se desarrolla a través del entorno familiar en el que los niños se desenvuelven de una forma relativamente estable, Bowlby (1973) expone los comportamientos de apego en los infantes en las siguientes fases:

Tabla 3

*Descripción de las características para determinar las fases de apego*

Fases	Características	Medios	Comportamiento
Fase #1 Nacimiento- 12 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación y señales con discriminación limitada de la figura.</li> <li>• Capacidad para discriminar a una persona de otra.</li> </ul>	Estímulos olfativos y auditivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rastrear los movimientos de los ojos, agarrar y alcanzar, sonriendo y balbuceando. A menudo, un bebé deja de llorar al escuchar una voz o al ver una cara.</li> <li>• Respuesta social espontánea</li> </ul>
Fase #2 12 semanas- 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación y señales dirigidas hacia una (o más) figura (s) discriminada (s)</li> </ul>	Estímulos visuales y auditivos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posee la misma respuesta social, pero hace de manera más marcada hacia su figura materna que hacia las demás.</li> </ul>
Fase #3 6 meses- primer año.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento de la proximidad a una figura discriminada mediante la locomoción y las señales.</li> <li>• Otras personas pueden convertirse en figuras de apego subsidiarias</li> </ul>	Habilidades sensoriales y comportamentales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respuestas amistosas.</li> <li>• Es más discriminatorio en la forma en que trata a las personas. Los extraños son tratados con mayor precaución.</li> <li>• El apego a su figura materna es evidente para que todos lo vean.</li> </ul>
Fase #4 3 años y 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación de una asociación corregida por el objetivo.</li> <li>• figura de apego comienza a ser mantenida por medio de sistemas organizados simplemente corregidos por el objetivo.</li> </ul>	mapa cognitivo, la figura madre como un objeto independiente, persistente en el tiempo y el espacio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su comportamiento se organiza en torno a sus propios objetivos establecidos al observar su comportamiento y lo que lo influye.</li> <li>• El niño está adquiriendo una percepción de los sentimientos y motivos de su madre.</li> </ul>

*Nota:* Estas fases se desarrollan conforme a las condiciones de vida en las que se encuentra expuesto el infante, si son favorables o desfavorables registrados por Bowlby 1973. Fuente E. Acosta, 2020.

Las condiciones favorables en los cuales los infantes deberían desenvolverse son indispensables para llevar a cabo las fases descritas anteriormente, Ainsworth y Bell (1970) refiere que obtener un apego seguro varía desde el aspecto emocional, en el cual, debe haber una organización y expresión de los padres hacia los hijos, brindando seguridad, bienestar y confort; por otro lado, los padres en primera instancia deben cubrir las necesidades básicas, como: estabilidad, nutrición, aceptación, autonomía, competencia, identidad, libertad de expresión de las necesidades y emociones, espontaneidad, límites realistas y por último, los padres deben ser esa figura de apoyo y protección que esté disponible.

Ainsworth en un estudio diseñó una situación experimental, la Situación del Extraño Ainsworth y Bell (1970), para examinar el equilibrio entre las conductas de apego y exploración

bajo condiciones de alto estrés, como resultado logró identificar las diferencias en el comportamiento de los niños, y así describir tres patrones conductuales que eran representativos de los distintos tipos de apego establecidos, posterior a esto, otros autores como (Sanchis, 2008; Cantón y Cortés, 2000) han propuesto la existencia de un cuarto tipo de apego:

- Apego seguro: Se interpreta como un modelo de funcionamiento interno caracterizado por la confianza en el cuidador, cuya presencia le conforta; los bebés son cooperativos y relativamente libres de enojo.
- Apego inseguro-evitativo: se caracteriza por la falta de confianza en la madre o cuidador principal, mostrando poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés en el posterior reencuentro con la madre o cuidador; los bebés son resistentes exploran poco y es difícil consolarlos.
- Apego Inseguro-ambivalente: la madre o cuidador, está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, los bebés son resistentes exploran poco y es difícil consolarlos.
- Apego Desorganizado-desorientado: Este es un tipo de apego aparentemente mixto, ya que recoge muchas de las características de los dos grupos de inseguro ya descritos y que inicialmente no clasifican en ninguna de las dos categorías. Los bebés presentan conductas contradictorias, repetitivas o desencaminadas frente al estrés de una situación extraña.

### **Apego en niños diagnosticados con trastorno del espectro autista**

El apego depende en gran medida en la capacidad de respuesta de los padres para reconocer, comprender e interpretar el lenguaje, comportamiento, el cuerpo de sus hijos, sin embargo, la tarea es más difícil para los padres de niños que padecen TEA ya que por su diagnóstico se ve afectada el área social y comunicativa; en el estudio de Buitelaar (1995) se

describen dos tipos de sujetos autistas, pasivos pero receptivos y activos pero extraños, los sujetos autistas pasivos son aquellos que aceptan los enfoques sociales sin protestar, mientras que los activos frente a cambios interactúan de una manera extraña o excéntrica, es decir, que el comportamiento social de los niños que padecen trastorno del espectro autista coincide con cambios en la situación social y la estructura social en el entorno que se desenvuelve.

El comportamiento de apego de los niños acorde su diagnóstico se han identificado diversos patrones conductuales, Buitelaar (1995) en su investigación describe que la mayoría los niños que padecen de autismo sus comportamientos tienden a ser desorganizado; sin embargo, forman un vínculo en relación de búsqueda de proximidad o comportamiento de reunión en la prueba de situación extraña; los niños con este diagnóstico prefieren en primera instancia interactuar con objetos inanimados en lugar de personas, pero, desarrollan el apego de la misma forma que un niño regular, se desarrolla con base a las personas que se encuentran en su entorno, se encontraron que en muchos informes padres de niños diagnosticados describen a sus hijos como muy molestos cuando la madre se va.

En el estudio la comparación y asociaciones entre las variables de relación entre padres e hijos, el comportamiento y problemas emocionales con niños diagnosticados con trastorno del espectro autista, Bauminger, Salomon y Rogers (2010) afirma que el apego inseguro se forma por la baja calidad de las relaciones padre e hijo, este contribuye significativamente a la variación del comportamiento y problemas emocionales, por lo tanto, el tipo de apego que desarrollan los niños en sus primeras etapas de la vida define en gran parte el comportamiento, sus emociones y la capacidad de enfrentar situaciones de riesgo.

Se evidencia que los niños con apego seguro se asocian con una mejor atención conjunta, en comparación con los niños diagnosticados con el trastorno del espectro autista que desarrollaron apegos inseguros o desorganizados, estos se ven afectados el juego social en

comparación con niños regulares, se empleó el juego simbólico para categorizar a los niños con apego organizado o desorganizado los niños, con apego organizado mostraron mayor frecuencia duración diversidad y complejidad del juego simbólico en comparación con niños que desarrollaron apego desorganizado (Naber et al., 2016).

### **Estilos de crianza**

Como se ha expuesto anteriormente, la crianza y las conductas parentales frente a sus hijos influyen notablemente en el comportamiento, desarrollo físico y socio emocional, se ha demostrado que la autoridad y los atributos de los padres que incluyen apoyo emocional, estándares altos, concesión de autonomía apropiada y comunicación bidireccional clara, ayuda a los niños y adolescentes a desarrollar una competencia instrumental caracterizada por el equilibrio de las necesidades y responsabilidades sociales individuales; existen tres aspectos importantes en la crianza de los niños, la socialización, las prácticas de crianza y el estilo de crianza o clima emocional, el estilo de crianza de los hijos se conceptualiza como una constelación de actitudes hacia el niño que se comunican al niño y que, en conjunto, crean un clima emocional en el que se expresan los comportamientos de los padres como gestos, cambios en el tono de la voz o la expresión espontánea de la emoción; las prácticas de crianza son conductas específicas dirigidas por el objetivo a través de las cuales los padres realizan sus tareas parentales (Darling y Steinberg, 1993).

Es necesario delimitar el estilo de crianza acorde a las características de los padres para identificar cuáles son las conductas parentales por mejorar para que los infantes logren explorar y conocer el mundo con unos padres que favorezcan y acompañen su aprendizaje, existen tres tipos de control parental cualitativamente diferentes: permisivo, autoritario y autorizado (Baumrind, Larzelere, y Owens, 2010).

Según los autores anteriormente expuestos, el padre autorizado es aquel que desarrolla una comunicación recíproca, y comparte con el niño el razonamiento detrás de sus pensamientos e ideales, afirma las cualidades presentes del niño y establece estándares para la conducta futura. por otro lado, se describe que el estilo de crianza autorizado incluye la atención a las necesidades del niño, incentiva a la independencia y autosuficiencia del niño, respetando sus decisiones (Henry y Hubbs-Tait, 2013).

Las características del padre autoritario teniendo en cuenta lo planteado por Baumrind, Larzelere, y Owens (2010) son aquellos que establecen el control y la obediencia a través de la afirmación del poder, por lo general son más desapegados y menos cálidos que otros padres. Así mismo, manifiesta que una de las características importante en el estilo de crianza autoritario es el control por parte de los padres influyendo en los comportamientos del niño direccionándolos a las metas, valores o deseos de los padres, con el tiempo fomenta la autonomía del niño (Henry y Hubbs-Tait, 2013).

Por último, el estilo de crianza permisivo implementa menos exigencias de madurez, desarrolla una comunicación unilateral, por ende, menos eficaz, menos cuidadoso y más controlador (Baumrind, Larzelere, y Owens, 2010).

### **Perfil neurocognitivo**

El perfil neurocognitivo consiste en agrupar propiedades psicológicas y neurológicas que presiden la conducta de las personas a evaluar y se brinda un informe de los resultados o hallazgos de la valoración de dichas propiedades a través de instrumentos de medición neuropsicológicos, los cuales comprenden datos de orden cuantitativo y cualitativo, cuya finalidad es conocer cómo se encuentran las capacidades mentales e identificar el estado evolutivo de las mismas; es un método diagnóstico que estudia el funcionamiento cerebral, se eligen las funciones ejecutivas y procesos cognitivos a evaluar, posteriormente se delimitan los

instrumentos más pertinentes para estudiar dichas funciones y por último, se realiza el análisis de los resultados describiendo los hallazgos encontrados y dependiendo del caso se desarrolla un plan de intervención para estimular las funciones que lo requieran (Lotauro, 2012).

En la presente investigación, se evaluarán: la atención, la memoria, lenguaje y el comportamiento. Lupón, Torrents y Quevedo (2013), definen la atención como la capacidad de captar activamente estímulos externos e iniciación del proceso para dirigirla dependiendo de lo motivado o estimulado que esté el individuo, excluyendo otras distracciones. La memoria, es un proceso psicológico que posibilita el almacenaje, la codificación y el registro de la información, con la finalidad de ser evocada o recuperada para interpretar o ejecutar una acción (Lupón, Torrents y Quevedo, 2013). El lenguaje es un sistema de comunicación, conformado por signos lingüísticos de tipo verbal y no verbal, su funcionalidad es expresar e interpretar nuestras ideas, pensamientos, emociones y sentimientos (Lupón, Torrents y Quevedo, 2013).

El comportamiento, son acciones y reacciones de un ser humano frente a situaciones dirigidas a utilizar o transformar el medio, es decir, que son todos los movimientos físicos mediados por estímulos ambientales que permiten la participación en el espacio en el que se encuentran (Piaget, 1986).

## **Metodología**

### **Tipo de investigación**

La presente investigación se soporta desde el paradigma empírico analítico Zayas (2010), el diseño es transversal Montero y León (2007), descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Delimitando de la misma manera, según su número de casos o unidad de análisis, el diseño de la investigación corresponde a estudio de casos múltiples cruzados o entrelazados, Hernández, Fernández y Batista (2014) en el cual, los investigadores buscan revisar comparativamente los casos entre sí, identificando similitudes y diferencias; mediante la recolección de información y el análisis comparativo de cada uno de los casos se pretende indagar cómo se presentan el perfil neurocognitivo, las respuestas de apego y estilos parentales en niños con diagnóstico trastorno del espectro autista, analizando la concordancia de cada una de las variables.

### **Variable de estudio**

Se realiza un contraste de variables, entre el apego desde la intervención didáctica empleada por Román (2011), estilos de crianza a partir del Inventario de la Relación Padre-Hijo (PCRI) y el perfil neurocognitivo medido a través del Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil, (CUMANIN) y la observación clínica, acorde a las funciones ejecutivas a evaluar en este estudio. A continuación, en la tabla 4, se evidencia la Operacionalización de la variable, de manera clara y concreta.



Tabla 4

*Operacionalización de la variable*

Variables	Características	Instrumentos
Perfil Neurocognitivo		
Atención	Capacidad de atender, de concentrarse, de mantener la alerta o de tomar consciencia selectivamente de un estímulo relevante o una situación.	Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil, CUMANIN
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Codificación: es organizar la información para poder recordarla (anotar las ideas, utilizar imágenes mentales, etc.).</li> <li>• Almacenamiento: retiene la información codificada por un tiempo determinado, acode a las tres estructuras: la memoria sensorial, la memoria a corto plazo, y la memoria a largo plazo.</li> <li>• Recuperación: es localizar una información concreta de entre toda la almacenada</li> </ul>	Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil, CUMANIN
Lenguaje	El lenguaje está basado en las palabras, la gramática, y el desarrollo cognitivo. Se evaluará las principales dimensiones del lenguaje: el contenido, la forma y el uso e interacción social.	Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil, CUMANIN
Comportamiento	Se evaluarán las conductas sociales, la tendencia en el contacto con otros niños e identificar las habilidades adaptativas.	Observación Clínica
Estilo de crianza		
Autorizado	El padre ejerce control frente a los hijos estableciendo estándares para la conducta futura, pero no sin restringirlo y afirma las cualidades del niño.	Inventario de la Relación Padre-Hijo, PCRI
Autoritario	Se caracteriza por utilizar técnicas de afirmación del poder, Son más desapegados y menos cálidos que otros padres.	Inventario de la Relación Padre-Hijo, PCRI
Permisivo	El padre ejerce menos demandas de madurez a los hijos y una comunicación y unilateral, por lo general es menos cuidadoso que otros padres.	Inventario de la Relación Padre-Hijo, PCRI
Apego		
Seguro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confianza total en la madre o cuidador.</li> <li>• Ansiedad de separación y reaseguramiento al volver con el cuidador</li> </ul>	Intervención didáctica de Román (2011).
Inseguro evitativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No usan a la figura materna en búsqueda de aprobación, poca ansiedad durante la separación y un claro desinterés o rechazo en el reencuentro con la madre o cuidador.</li> </ul>	Intervención didáctica de Román (2011).
Inseguro ambivalente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad de separación, pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador para asegurarse la atención.</li> <li>• Temor al explorar el mundo.</li> </ul>	Intervención didáctica de Román (2011).
Desorganizado-desorientado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se relaciona con la reacción al estrés y diferentes formas de maltrato infantil, físico o emocional, dentro del sistema familiar.</li> </ul>	Intervención didáctica de Román (2011).

*Nota:* Descripción detallada de las variables de estudio y los instrumentos mediante los cuales se evaluaron. Fuente: E. Acosta. 2020.

### **Muestra**

La muestra será no probabilística, Hernández, Fernández y Baptista, (2014) en la presente investigación los casos serán seleccionados conforme a las necesidades de la investigación planteados en los criterios de inclusión y exclusión trazados en el siguiente apartado.

La población está conformada por cuatro (4) usuarios del centro de integración sensorial para niños con autismo y desorden en el desarrollo (CISADDE IPS) sede 2 y sus padres.

- Criterios de inclusión:
  - Rango de Edad: entre 1 y 5 años.
  - Sexo: Distribución balanceada (50% hombre y 50% mujeres).
  - Centro: centro de integración sensorial para niños con autismo y desorden en el desarrollo (CISADDE IPS) sede 2.
  - Diagnóstico: Trastorno del espectro autista.
- Criterios de exclusión: Presencia de otro diagnóstico.

### **Técnicas e instrumento**

Para recolectar la información relativa a cada una de las variables se emplearon las siguientes técnicas/instrumentos:

**Autismo:** Escala de valoración del autismo infantil (CARS) tomada de Scheler, Reichler, y Renner (1988) es una escala de comportamiento aplicada por un examinador, cuya finalidad es la detección y la categorización del trastorno del espectro autista, teniendo en cuenta la funcionalidad en cada una de las áreas, se aplica desde los dos años en adelante, consta de 15 áreas. Para la puntuación hay que tener en cuenta la observación clínica y los criterios del DSM V al momento de delimitar la conducta en los criterios de respuesta que van del 1 al 4, desde ninguna anormalidad, hasta severamente anormal, se realiza la sumatoria de todas las áreas y

acorde al puntaje se ubica en el nivel, de 15 – 29 puntos no presentan autismo, de 30 – 36 autismo leve a moderado y de 37 – 60 autismo severo.

**Perfil Neurocognitivo:** Se empleó el inventario de desarrollo (BATTELLE) tomada de De la Cruz y González (2004) segunda edición, este mide las habilidades fundamentales del niño en las distintas áreas del desarrollo (Personal/Social, Adaptativa, Motora, Comunicación y Cognitiva), por otro lado, ayuda al diagnóstico de posibles deficiencias o retrasos. Se aplica desde los 0 a 95 meses, se exponen a los participantes a actividades lúdicas y dirigidas en mesa, acorde a su desempeño se le otorga un puntaje del 0 al 2 y para el puntaje se suman las áreas y subáreas, se convierte a percentil y se ubican los datos en las tablas de los baremos proporcionados por el manual, delimitando así por el puntaje la edad en meses que se encuentra conforme a su desempeño.

**Perfil Neurocognitivo:** Se suministró el Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil, (CUMANIN) Portellano, Mateos y Martínez, Granados y Tapia (2000) el cual, evalúa de forma sencilla y eficaz el nivel de madurez neuropsicológica para niños en edad preescolar, evaluando las cuatro funciones mentales básicas: lenguaje, memoria, motricidad y sensorialidad mediante 13 escalas, psicomotricidad, lenguaje articulatorio, lenguaje expresivo, lenguaje comprensivo, estructuración espacial, visopercepción, memoria icónica, ritmo, fluidez verbal, atención, lectura, escritura y lateralidad. Este instrumento se aplica de 3 a 6 años, se exponen a los participantes a actividades lúdicas y dirigidas en mesa, de acuerdo a su desempeño se le otorga un puntaje de 0 o 1, se le da el valor de 0 cuando no alcanza el objetivo planteado en el ítem y 1 cuando lo cumple correctamente, para el puntaje se suman cada una de las escalas, se convierte a percentil y se ubican los datos en las tablas de los baremos proporcionados por el manual, posteriormente se ubica el puntaje en el nivel desempeño, de 1 – 30 bajo, de 40 – 60 promedio y de 70 – 90 superior. Además de seleccionar los datos de los desempeños de las

funciones mentales básicas, para el análisis de los resultados se toma el coeficiente de desarrollo que brinda la prueba.

**Pautas de crianza de los padres:** Se administró el inventario de la Relación Padre-Hijo PCRI tomada de la adaptación de Roa y Del Rio (2001) es un instrumento que evalúa las actitudes de los padres hacia la crianza y las actitudes hacia los niños, identifica aspectos específicos de las relaciones padres-hijo que pueden ser causa de problemas y determina la calidad de las relaciones, se puede aplicar desde los 3 años en adelante y tanto a padres como a madres, mide dos dimensiones, apoyo y control con 78 ítems distribuidos en 8 escalas: apoyo (9 ítems), satisfacción con la crianza (10 ítems), compromiso (14 ítems), comunicación (9 ítems), disciplina (12 ítems), autonomía (10 ítems), distribución de rol (9 ítems) y deseabilidad social (5 ítems). En cada ítem se presenta un enunciado y las opciones de respuesta son del 1 al 4, desde muy de acuerdo hasta total desacuerdo, en la puntuación se realiza la sumatoria de los ítems por escala y se comparan los resultados con la media.

**Apego:** La evaluación de las conductas de apego de los menores se realizará mediante la intervención didáctica de Román (2011) este consta de un procedimiento situacional de 8 momentos, que provoca un estrés de nivel moderado en el niño o la niña a través de tres episodios distintos (una persona desconocida, un entorno extraño y la separación del cuidador) que activan el sistema de apego. Concretamente, se realizan dos separaciones y dos reuniones con la figura de apego, que tratan de activar y desactivar el sistema de apego. Se valora a través de la organización de la conducta del menor en relación con su cuidador, lo que permite organizar a los participantes en una categoría específica de estilo de apego: seguro, inseguro evitativo, inseguro ambivalente e inseguro desorganizado, especificado en la siguiente tabla:

Tabla 5

*Criterios para determinar el estilo de apego en las diferentes situaciones.*

Estilos de Apego	Nivel de Exploración	Ansiedad de Separación	Conductas de Apego	Reacción en Reunión	Actitud ante Extraño
Seguro	Alto	Alto	Moderada	Proximidad y consuelo	Sociabilidad
Inseguro Evitativo	Alto	Baja	Minimizada	Indiferencia	Indiferencia
Inseguro Ambivalente	Bajo	Muy Alta	Maximizada	Resistencia al consuelo	Mucha Cautela
Desorganizado	No existe estrategia organizadas de conductas de apego (Aparecen conductas contradictorias Proximidad-evitación, estereotipias)				

*Nota:* La anterior tabla es recuperada del documento digital de Román (2011).

### Procedimiento

La presente investigación con el propósito de analizar el desarrollo neurocognitivo de niños diagnosticados con trastorno del espectro autista, el apego y las relaciones parentales, para su ejecución se planteó cinco fases.

#### Fase 1. Selección de la muestra.

Para dar desarrollo a esta fase se realizó la selección de la muestra como lo plantea Hernández et al. (2014) orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización, por lo tanto, se escogieron los casos a través del listado de los pacientes con la información pertinente brindada por el centro (CISADDE) y los criterios de inclusión y exclusión determinados a las necesidades de la presente investigación.

#### Fase 2. Recolección de información.

En esta fase se administró los instrumentos y técnicas escogidas para la realización de este estudio, Inventario de la Relación Padre-Hijo PCRI tomada de la adaptación de (Roa y Del Rio, 2001), Intervención didáctica para caracterizar el apego empleada por (Román, 2011), Escala de valoración del autismo infantil CARS tomada de (Scheler, Reichler, y Renner, 1988), El inventario de desarrollo BATTELLE tomada de (De la Cruz y González, 2004) segunda edición, Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil, CUMANIN (Portellano, Mateos y

Martínez, Granados y Tapia, 2000), entrevista semiestructurada y observación clínica, teniendo en cuenta la metodología planteada, se hará la aplicación en un único momento.

### **Fase 3. Análisis de resultados.**

Se tomaron todos los resultados de los instrumentos administrados y se digitalizaron al programa Microsoft Excel, Posteriormente, en primera instancia se realizó el análisis general de cada uno de los instrumentos y sus correspondientes escalas de calificación e interpretación de resultados, luego, se efectuó el análisis comparativo de las variables específicas de apego y estilos de crianza en contraste con los otros dos instrumentos de desarrollo y madurez neuropsicológica infantil.

### **Fase 4. Elaboración de informes.**

Esta fase debe contener la siguiente información: el estado actual de las habilidades y el desarrollo de estas en los participantes, el nivel de autismo en el que se encuentran, el tipo de apego y estilo de crianza, por último, la importancia del apego en el desarrollo de las habilidades neurocognitivas y los estilos de crianza parentales.

Tabla 6

*Presupuesto.*

Rubros	Cantidades	Valor unitario	Valor total	Efectivo	Especie
<u>Gastos personales</u>					
Refrigerios	15	3000	45000	X	
Almuerzo	10	7000	70000	X	
Transporte	20	5000	100000	X	
Estudiante investigador	3	600000	1800000		x
Total, Parcial			2015000		
<u>Materiales consumidos</u>					
Energía					x
Tinta de impresora	1	20000	20000	X	
Internet	1	80000	80000		x
Papelería	1	20000	20000	X	
Total Parcial			120000		
<u>Equipamiento</u>					
Computador	1	200000	200000		x
Impresora	1	30000	30000	X	
Copias	50	100	5000	X	
Total Parcial			235000		
Porcentaje de imprevisto	10%	10%	10%	X	

*Nota:* Inventario de los gastos a lo largo del proceso investigativo. Fuente: E. Acosta. 2020

Tabla 7

*Cronograma.*

Cronograma de investigación		2019																			
		Mes 6				Mes 7				Mes 8				Mes 9				Mes 10			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase 1	Selección de la muestra																				
Fase 2	Entrega y recepción de consentimientos																				
	Aplicación de los instrumentos y técnicas																				
	Entrevista a padres y PCRI																				
	Apego y CARS																				
	Battelle y Cumanin																				
Fase 3	Procesamiento de la información																				
Fase 4	Análisis de los resultados																				
Fase 5	Elaboración de informe																				

*Nota:* Descripción del desarrollo del trabajo investigativo en base a los objetivos trazados. Fuente: E. Acosta, 2020.



## **Resultados**

En el siguiente apartado se presentan los hallazgos obtenidos del proceso de aplicación de los instrumentos en concordancia a los objetivos planteados para el desarrollo de la presente investigación, con relación al análisis de información arrojada por cada uno de los instrumentos que se les aplicó a los 4 casos y a sus padres y/o cuidadores de forma clara y precisa, identificando en primer lugar el contexto en el cual se desenvuelven cada uno de los participantes, evidenciando las falencias y fortalezas en las diferentes áreas de desarrollo evaluadas, la relación que lleva cada una de las personas con las cuales se desenvuelve y por último, análisis de la relación de las variables de apego, estilos de crianza y el perfil neurocognitivo acorde al nivel de autismo.

Se asignaron los casos por números para suplir los nombres reales, salvaguardado los derechos de los participantes en la investigación.

Se usó para la recolección de los datos sociodemográficos el formato de historia clínica usado en las investigaciones desarrolladas dentro del semillero de investigación, el cual consta de elementos específicos para delimitar el ambiente en el que se desenvuelve y explora cada uno de los casos, este se puede observar en el Anexo C.

Tabla 8

*Síntesis de los datos sociodemográficos de cada uno de los participantes*

Datos	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Informante H.C.	Padre	Madre	Madre	Madre
Edad (Meses)	55 Meses	67 Meses	69 Meses	47 Meses
Sexo	Masculino	Masculino	Femenino	Femenino
Estrato	2	1	2	2
Estado civil de los padres	Separados	Casados	Unión libre	Casados
Edad de diagnóstico	50 Meses	37 Meses	49 Meses	37 Meses
Antecedentes personales	N.R	N.R	Síntomas de neumonía en el 1er año	N.R
Antecedentes familiares	Cáncer Primo sordomudo de nacimiento	N.R	Retraso mental por golpe y de nacimiento	Hipertensión, depresión, autismo.
<u>Relaciones interpersonales</u>				
Madre-Hijo (a)	Bien, presenta conductas agresivas	Muy buena, le es obediente, afectivo.	Buena, Comparte mucho tiempo con ella, es afectuosa.	Muy buena, es afectuosa.
Padre-Hijo (a)	Muy buena, obediente, juega, comparte.	Buena, es afectuoso, comparte.	Buena, es afectuosa.	Buena
Hermanos (as)	Baja, conductas disruptivas, agresivas	Baja, celoso, no comparte.	No tiene hermanos	No tiene hermanos
Otros miembros significativos	Bien, pataletas	Buena, comparte, es afectuoso.	Buena, es expresiva y afectuosa.	Muy buena, comparte.
<u>Antecedentes Prenatal</u>	Embarazo normativo	Diagnóstico de Miomatosis durante el embarazo	Diagnóstico de sobrepeso y vivenció emociones fuertes durante el embarazo,	Diagnóstico de feto bajo de peso a las 35 semanas del embarazo, Estuvo triste durante 32 semanas del embarazo.
Embarazo deseado	No	Si	No	Si
Embarazo planificado	No	No	No	Si
<u>Antecedentes Perinatal</u>	Presión alta, parto a término, normativo.	Parto a término.	Parto a término, sin complicaciones.	Parto sin complicaciones.
Tipo de parto	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Cesárea
Antecedentes Posnatal	Normativo	N.R	Normativo	Normativo, problemas en el sueño entre el primer y segundo mes.
Alimentación	Lactancia materna	Lactancia materna	Lactancia materna	Lactancia materna
<u>Antecedentes Escolares</u>	Prejardín, es inquieto, buena relación con los maestros no socializa con pares.	Prejardín, asilamiento, actualmente presenta conductas agresivas.	Jardín, ecolalia, poco contacto visual, fijación con pares en específico.	Prejardín, ha mejorado la relación con sus maestros y pares.
Inicio etapa escolar	2 años	3 años	2 años y 6 meses	2 años y 6 meses

*Nota:* N.R = No registra. H.C. = Historia clínica. El contenido se basa en las verbalizaciones de los padres entrevistados.

Los datos de la historia clínica fueron brindados por las madres a excepción del caso 1 que fue el padre quien asistió a todas las aplicaciones, a nivel general todos los participantes nacieron por cesárea, recibieron en sus primeros meses de vida lactancia materna; a nivel escolar los casos 1, 2 y 4 cursan el grado prejardín y el caso 3 cursa jardín, los casos 1, 3 y 4 viven en estrato 2 y el caso 2 vive en estrato 1.

Los padres de los casos 2 y 4 están casados y comparten responsabilidades, Sin embargo, el padre del caso 4 trabaja en otra ciudad por lo cual, convive con la madre y la hija todos los fines de semana; los padres del caso 3 viven en unión libre y los padres del caso 1 están separados y el padre es quien se encarga del cuidado, compartiendo responsabilidades con la madre.

Los participantes se encuentran diagnosticados con el Trastorno del espectro autista como se expresa en la presente investigación, por lo tanto, se aplicó la escala de valoración del autismo infantil CARS tomada de (Scheler, Reichler, y Renner, 1988) que busca delimitar el tipo de autismo teniendo en cuenta la funcionalidad del comportamiento y su desempeño en cada uno de los criterios del instrumento.

En la aplicación del CARS se identifica que tres de los casos son categorizados con autismo leve o moderado y un caso con autismo severo; por otro lado, las áreas de mayor compromiso a nivel general de acuerdo al puntaje fueron: el área de comunicación verbal; el uso del cuerpo; miedo o nerviosismo; nivel de actividad y adaptación al cambio.

Tabla 9

*Desempeño de los pacientes por áreas en el instrumento de categorización de autismo.*

Áreas de desempeño	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Referente a la gente	1	3	1.5	3
Imitación	2	3	1	1.5
Respuesta emocional	2.5	3	2	2
Uso del cuerpo	2	3	3	1
Uso de objetos	2	3	2	1.5
Adaptación al cambio	1.5	2	2.5	3.5
Respuesta visual	1	3	1.5	1.5
Respuesta auditiva	1.5	2	1.5	2
Respuesta al sabor, olor, tacto y uso	2	1.5	3	2
Miedo o nerviosismo	2.5	2	3	3
Comunicación verbal	3	3	2	3
Comunicación no verbal	1.5	2.5	1.5	1.5
Nivel de Actividad	3	4	2	2
Nivel y consistencia de la respuesta intelectual	1.5	3	1.5	2
Impresiones generales	3	3	2.5	2.5
Nivel de autismo	Autismo leve a moderado	Autismo severo	Autismo leve a moderado	Autismo leve a moderado

*Nota:* Los datos en negrita se encuentran por debajo del promedio estándar de la prueba, siendo 1 ninguna anormalidad, 2 medianamente anormal, 3 moderadamente anormal y 4 severamente anormal. Se encuentran los puntos intermedios que significa el apareamiento de conductas entre dos criterios de evaluación.

Para obtener un conocimiento general sobre el estado actual del desarrollo de las habilidades se administró el inventario de desarrollo BATTELLE tomada de (De la Cruz y González, 2004) segunda edición, realizando las diferentes actividades conforme a las áreas que se compone el instrumento (ver Anexo F) y la ejecución de los participantes.

En los resultados se identifica un déficit global del desarrollo en todos los casos, específicamente en el área personal/social; en el área adaptativa; en el área motora fina; en el área comunicación expresiva; en el área cognitiva.

Se realiza el análisis conductual a través de la observación clínica a lo largo del desarrollo del instrumento, se identifica inflexibilidad a cambios, baja regulación de la voluntad y expectativas, baja

tolerancia a la frustración, presencia de conductas disruptivas, inquietud motora, rabietas, conductas manipuladoras y retadoras en todos los casos.

Tabla 10

*Descripción de las áreas y subáreas de desarrollo y el desempeño de los usuarios en cada una de ellas.*

Áreas de desarrollo	Resultado Battelle (percentil, edad equivalente)			
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
<u>Personal/social</u>	<b>Por debajo de su edad (1: 25 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 15 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 28 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 19 meses)</b>
Interacción con el adulto	1	1	1	1
Expresión de sentimientos/ afecto	1	1	1	1
Autoconcepto	1	1	1	1
Interacción con los compañeros	1	1	1	1
Colaboración	23	1	2	5
Rol social	1	1	1	6
<u>Adaptativa</u>	<b>Por debajo de su edad (1: 26 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 24 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 33 meses)</b>	Promedio a su edad (5: 34 meses)
Atención	1	1	1	1
Comida	1	1	1	1
Vestido	1	1	1	91
Responsabilidad personal	50	1	5	80
Aseo	1	2	1	1
<u>Motora</u>	Promedio a su edad (25: 46 meses)	<b>Por debajo de su edad (1: 29 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 40 meses)</b>	Promedio a su edad (63: 44 meses)
Coordinación corporal	78	1	1	95
Locomoción	78	1	1	94
<u>Puntuación motora gruesa</u>	Por encima de su edad (87: 66 meses)	<b>Por debajo de su edad (1: 35-38 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 46 meses)</b>	Por encima a su edad (93: 66 meses)
Motricidad fina	1	1	1	18
Motricidad perceptiva	1	1	1	12

**Tabla 5. Continuación.**

Áreas de desarrollo	Resultado Battelle (percentil, edad equivalente)			
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
<u>Puntuación motora fina</u>	<b>Por debajo de su edad (1: 32 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 25 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 36 meses)</b>	Por encima a su edad (3: 57-58 meses)
<u>Comunicación</u>	<b>Por debajo de su edad (3: 38 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 14 meses)</b>	Promedio a su edad (58: 69 meses)	Por debajo de su edad (1: 22 meses)
Receptiva	Promedio a su edad (23: 48 meses)	<b>Por debajo de su edad (1: 21-22 meses)</b>	Promedio a su edad (30: 61-62 meses)	<b>Por debajo de su edad (8: 31 meses)</b>
Expresiva	<b>Por debajo de su edad (1: 30 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 12 meses)</b>	Por encima a su edad (79: 75-78 meses)	<b>Por debajo de su edad (1: 15 meses)</b>
<u>Cognitiva</u>	Promedio a su edad (42: 53 meses)	<b>Por debajo de su edad (1: 40 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 45 meses)</b>	Promedio a su edad (48: 42 meses)
Discriminación perceptiva	72	1	1	1
Memoria	5	1	11	3
Razonamiento y habilidades escolares	27	1	1	60
Desarrollo conceptual	58	1	2	85
<u>Puntuación total</u>	<b>Por debajo de su edad (1: 38 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 23 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (1: 41 meses)</b>	<b>Por debajo de su edad (2: 29 meses)</b>

El Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil, CUMANIN (Portellano, Mateos y Martínez, Granados y Tapia, 2000). Se administro para cuantificar la capacidad del coeficiente de desarrollo a nivel global un adecuado desempeño teniendo en cuenta la edad de los participantes.

En los resultados se identificó que los casos 1, 3, y 4 poseen un desempeño superior, el caso 2 se encuentra por debajo de lo esperado; se evidencia un déficit general en el desarrollo global en todos los casos, específicamente presenta bajo desempeño en todas las habilidades neurocognitivas evaluadas en el presente instrumento, sustentado en el criterio E del DSMV. Las áreas neurocognitivas más afectadas a nivel general son: en las áreas de estructura espacial, desarrollo verbal y no verbal y el área de psicomotricidad.



Tabla 11

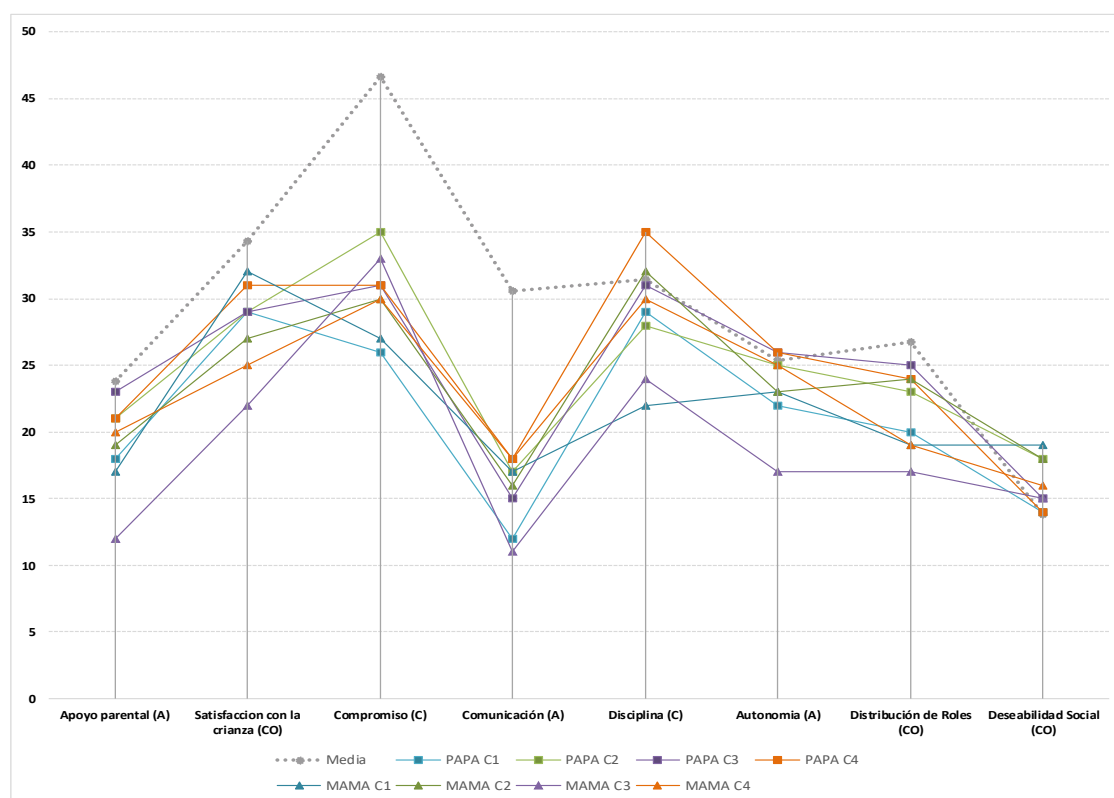
*Descripción cuantitativa de los resultados del Cuestionario Cumanin*

Escalas principales	Resultado Cumanin (equivalencia, percentil)			
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Psicomotricidad	<b>Bajo (2)</b>	<b>Bajo (1)</b>	Superior (65)	<b>Bajo (5)</b>
Lenguaje Articulatorio	Promedio (45)	<b>Bajo (10)</b>	<b>Bajo (25)</b>	<b>Bajo (25)</b>
Lenguaje Expresivo	<b>Bajo (5)</b>	<b>Bajo (3)</b>	Superior (85)	Superior (70)
Lenguaje Comprensivo	Promedio (45)	<b>Bajo (1)</b>	<b>Bajo (20)</b>	<b>Bajo (30)</b>
Estructura Espacial	<b>Bajo (2)</b>	<b>Bajo (3)</b>	<b>Bajo (15)</b>	<b>Bajo (20)</b>
Visopercepción	<b>Bajo (2)</b>	<b>Bajo (2)</b>	<b>Bajo (2)</b>	Superior (95)
Memoria Icónica	Superior (75)	<b>Bajo (1)</b>	<b>Bajo (20)</b>	<b>Bajo (25)</b>
Ritmo	Superior (85)	<b>Bajo (20)</b>	<b>Bajo (5)</b>	Superior (97)
Puntaje Total	29	12	42	8
Escalas Adicionales				
Fluidez Verbal	<b>Bajo (25)</b>	<b>Bajo (5)</b>	<b>Bajo (5)</b>	Promedio (45)
Atención	Promedio (60)	<b>Bajo (2)</b>	<b>Bajo (5)</b>	Superior (75)
Puntaje Total	11	2	7	8
Desarrollo Verbal	<b>Bajo (30)</b>	<b>Bajo (1)</b>	<b>Bajo (25)</b>	<b>Bajo (5)</b>
Desarrollo no Verbal	<b>Bajo (3)</b>	<b>Bajo (1)</b>	<b>Bajo (2)</b>	<b>Bajo (25)</b>
Desarrollo Global	<b>Bajo (10)</b>	<b>Bajo (1)</b>	<b>Bajo (4)</b>	<b>Bajo (10)</b>
Cociente de Desarrollo	Superior (88)	<b>Bajo</b>	Superior 85	Superior (88)

*Nota:* Los datos negrita se encuentran por debajo del promedio esperado para su edad, identificándolos por nivel de desempeño, bajo, promedio y superior.

Los estilos parentales se evaluaron a través del inventario de la Relación Padre-Hijo PCRI tomada de la adaptación de (Roa y Del Rio, 2001) se suministró a los padres de los participantes ubicando sus respuestas en los criterios que indica la prueba, evaluando e identificando las conductas y pensamiento en las diferentes escalas.

A nivel general, se evidencia que todos los casos se encuentran por debajo de la media en las escalas de compromiso, comunicación y satisfacción con la crianza, sin embargo, en la escala de deseabilidad social se obtuvo un adecuado desempeño. Los padres y madres poseen estilos de crianza autoritario, ya que en los resultados se observan bajas puntuaciones en la mayoría de las escalas.



*Figura 1* Desempeño general de ambos padres en las dimensiones de estilos de crianza. *Nota:* Las letras que se encuentran entre paréntesis al lado de las escalas, hacen referencia a las dimensiones que evalúa el instrumento, siendo A apoyo, CO contexto y C control.

Para determinar el tipo de apego en los pacientes se aplicó con sus padres por medio de diferentes momentos descritos en la intervención didáctica de Román (2011), caracterizando las respuestas de apego conforme a los criterios planteados.

Se evidencio en la evaluación del apego que dos de los casos presentan un apego inseguro-evitativo, uno de los casos presenta un apego seguro y uno de los casos presenta un apego inseguro-ambivalente.

Tabla 12

*Criterios de patrones de comportamiento y las respuestas de apego en casa uno de los casos.*

Criterios para determinar tipo de apego	Respuestas de apego			
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Nivel de Exploración	Alto	Alto	Alta	Bajo
Ansiedad en separación	Ansiedad alta	Ansiedad baja	Ansiedad alta	Ansiedad muy baja
Conductas de apego	Moderada	Moderada	Moderada	Maximizada
Reacción reunión	Proximidad y fácil consuelo	Proximidad y fácil consuelo	Proximidad y fácil consuelo	Proximidad y fácil consuelo
Actitud ante el extraño	Sociabilidad	Indiferente	Indiferencia	Mucha cautela
Tipo de apego	Seguro	Inseguro evitativo	Inseguro evitativo	Inseguro ambivalente

*Nota:* Se caracterizaron las respuestas de apego de acuerdo los comportamientos manifestados en los criterios de patrones de comportamiento en los diferentes eventos situacionales.

En el análisis de los resultados entre el inventario de la Relación Padre-Hijo PCRI tomada de la adaptación de (Roa y Del Rio, 2001) y la intervención didáctica de Román (2011), se observaron puntajes altos en la instauración de valores, modales, hábitos de orden y modales. Se categoriza a los padres a nivel general con el modelo de crianza parental autoritario.

Tabla 13

*Análisis de los resultados de las variables Apego y estilo de Crianza.*

Estilo de Crianza		Tipo de apego	
Seguro		Inseguro evitativo	Inseguro ambivalente
Autorizado		Estilo de crianza Madres	
Caso 1 (CD)			
Permisivo		Caso 2 (CD)	
		Caso 3 (CD)	
Autoritario		Caso 4	
		Estilo de crianza Padres	
Autorizado		Caso 1	
Permisivo		Caso 2	Caso 4 (CD)
Autoritario		Caso 3	

*Nota:* CD = Cuidador

Teniendo en cuenta, los resultados descritos en la tabla que se observa a continuación, se puede evidenciar que los participantes no poseen un perfil neurocognitivo acorde a su edad cronológica, cabe resaltar que en el caso 1 y 4 la afectación es menor debido al apoyo que han recibido por parte de sus padres, específicamente en el caso 1, se presenta un apego seguro, lo cual le permite al menor la exploración de su entorno, generando conductas de socialización, comunicación y propiciándole un aprendizaje significativo. Por otro lado, en el caso 4, se evidencia un apoyo significativo por parte de sus padres, particularmente el padre, quien presenta adecuadas pautas de crianza, lo cual influye de manera positiva en el desarrollo de la adquisición de conocimientos, sin embargo, el menor presenta un apego ambivalente, debido a factores de la dinámica familiar del mismo, ya que la interacción y comunicación con el padre es intermitente. Por último, es importante destacar los hallazgos obtenidos en el caso 2, el cual presenta mayor compromiso neurocognitivo, se identifica que el menor presenta inquietud motora, interrumpiendo la concentración y atención durante el desarrollo de actividades, lo cual entorpece el proceso de aprendizaje, cabe resaltar que la madre del menor presenta adecuadas pautas de crianza, sin embargo, no genera gran impacto debido a que el compromiso cognitivo del participante es mayor, el cual hace parte de su diagnóstico.

Tabla 14

*Análisis del desempeño en cada una de las variables por individual y general.*

Variables	Caso 1 Autismo leve	Caso 2 Autismo severo	Caso 3 Autismo leve	Caso 4 Autismo leve
Perfil neurocognitivo				
Coeficiente de desarrollo	Superior	Bajo	Superior	Superior
Edad de desarrollo	Por debajo de su edad (17 meses)	Por debajo de su edad (44 meses)	Por debajo de su edad (28 meses)	Por debajo de su edad (18 meses)
Apego				
Seguro	X			
Inseguro evitativo		X	X	
Inseguro ambivalente				X
Estilo de crianza				
Autorizado				
Autoritario	Papá (CD) y Mamá	Papá y Mamá*(CD)	Papá y Mamá(CD)	Papá* y Mamá(CD)
Permisivo				

*Nota:* Cuidador. \*: casos atípicos. La información en negrita se encuentra por debajo de la media.

Para finalizar se logró identificar en el caso 1 y 4, como las variables de apego y estilo de crianza influyen de una u otra manera positivamente en el coeficiente de desarrollo, presentando un desempeño superior de las habilidades cognitivas, socioemocionales y adaptativas detalladas en los instrumentos usados para delimitar el perfil neurocognitivo, presentando menor grado de retraso en meses, manifestando habilidades de adquisición de nuevos conocimientos a través de exploración del entorno y aptitudes escolares, a pesar de evidenciar un desempeño por debajo de la edad de desarrollo debido a las características sintomatológicas propias del trastorno, por otro lado, el caso 2 y 3 presentan un apego inseguro evitativo, presentando conductas similares, intencionalidad comunicativa y afectiva con la madre, pero al volver la madre muestran desinterés, exploran poco y son renuentes al contacto con los demás, ambos se encuentran por debajo de la edad de desarrollo, no obstante el caso 2 se encuentra más comprometido a nivel cognitivo, presentando un nivel de autismo severo y en el cociente de desarrollo obtuvo un desempeño bajo.

### **Discusión**

Los trastornos de desorden en el desarrollo se han convertido en un importante problema de salud, debido a su gran prevalencia en el mundo (OMS, 2017). Específicamente el trastorno del espectro autista, en consecuencia, no solo afecta al que lo padece sino también a las personas que se encuentran inmiscuidas en su entorno familiar (REAL, 2015). Los diferentes reportes de estudios tanto internacionales como locales, evidencian la necesidad de estudiar y tomar medidas respectivas en el marco de salud mental debido al gran impacto en la población infantil y adulta para avanzar en nuevas estrategias, de esta manera dar respuesta a las diferentes necesidades de cada niño.

Los niños diagnosticados con TEA, a nivel general presentan alteraciones y patrones de comportamientos propios del trastorno (DSM-V, 2014) este nos proporciona un punto de partida para el estudio; una de las características fundamentales que se encuentra enmarcada por este trastorno es la socialización o comunicación social, tanto así, que el (DSM-V, 2014) lo delimita como un criterio de evaluación individual. Para el desarrollo del apego que es el preámbulo para la esfera socio-emocional, es importante la comunicación social por lo tanto, las experiencias tempranas en la que la familia juega un rol fundamental e incluso contribuye significativamente a la variación del comportamiento (Bauminger, Salomon y Rogers, 2010).

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la concordancia entre el perfil neuro-cognitivo de niños y niñas diagnosticados con trastorno del espectro autista de 1 a 5 años, los estilos parentales de sus cuidadores y su tipo de apego, en total fueron 4 casos que participaron en la práctica investigativa. Los resultados manifiestan que las variables de estudio que se delimitaron para la investigación fueron pertinentes, logrando una perspectiva general de todos los ámbitos de los participantes, cabe desatacar que los instrumentos jugaron un papel fundamental en la evaluación de las variables.

En relación con el primer objetivo específico, se trazó identificar el perfil neuropsicológico de los niños y niñas diagnosticados con TEA, de esta manera, se partió principalmente del diagnóstico en los resultados del perfil neurocognitivo, en los resultados obtenidos se identificó que aunque todos presentaron comportamientos propios del desarrollo por debajo de su edad cronológica, a nivel general el cociente de desarrollo fue superior, lo que permite una mayor exploración del entorno generando conductas de socialización y comunicación, propiciando un aprendizaje significativo; a excepción del caso 2, el cual, se encuentra más comprometido en el desarrollo de habilidades neurocognitivas, por consiguiente, dificulta una exploración funcional.

En el siguiente objetivo específico, se estableció a los diferentes estilos parentales de los cuidadores, se evidencio que los padres presentaron estilos de crianza autoritario, sin embargo, se identificaron dos casos atípicos (2 y 4), los cuales no influyen de manera positiva y significativa en la crianza, debido a que, en el caso 2 la madre presentaron adecuados estilos de crianza, no obstante, el padre es intermitente y en el caso 4, el padre presento adecuadas pautas de crianza, pero no tiene el rol del cuidador principal.

En lo concerniente al tercer objetivo específico, por medio del instrumento empleado y el análisis realizado se logró identificar los tipos de apego que los participantes ha desarrollado, en primer lugar, a nivel general se encontró variabilidad en los resultados, en el caso 1, se presenta un apego seguro, en el caso 2 y 3 apego inseguro-evitativo, y en el caso 4, inseguro ambivalente. Los participantes de la investigación en su gran mayoría presentan capacidades para la exploración de su entorno aun con sus limitaciones particulares principalmente en base al diagnóstico dado.

### **Conclusiones**

El desarrollo del trabajo de investigación titulado: “Apego y el perfil neurocognitivo en usuarios diagnosticados con Trastorno del Espectro Autista de 1 a 5 años atendidos en el Centro de Integración Sensorial para niños con Autismo y Desorden en el Desarrollo (CISADDE IPS) en la ciudad de Barranquilla Atlántico”, dejó como resultado las siguientes conclusiones respecto al apego, los estilos de crianza y su incidencia en el perfil neurocognitivo en niños y niñas diagnosticados con TEA.

De esta manera podemos concluir, la vital importancia del rol de los padres y/o cuidadores en el desarrollo de los niños y niñas para un adecuado desarrollo, considerando el compromiso a nivel cognitivo y propiciando actividades acorde a su edad mental y cronológica , así mismo es evidente la necesidad de desarrollar estilos de crianza pertinentes para una mejor relación entre padres e hijos fortaleciendo la confianza y disposición al momento de interactuar con pares, fomentando y creando espacios propicios para la socialización positiva, aportado de manera significativa a la evolución del proceso terapéutico de los mismos, apoyando al cumplimiento de los objetivos planteados por los profesionales y entidades competentes en beneficio de la población diagnosticados con TEA. Según Bauminger, Salomon y Roger (2009), refieren que la relación madre-hijo contribuyen a mejores habilidades para establecer amistades, más allá del estado de discapacidad, justificando así la necesidad de crear estilos de crianza adecuados para favorecer el desarrollo integral de los niños y niñas con TEA y/o cualquier otro diagnostico que afecten sus desempeño y funcionalidad cognitiva, social, emocional y/o comportamental en los diferentes contextos en los cuales se encuentren inmersos en la sociedad.



### **Limitaciones**

Durante el desarrollo de la investigación se presentaron diferentes limitaciones, particularmente en la selección adecuada y pertinente de los instrumentos para la medición de las variables, lo anterior, debido a que la mayoría de las baterías no presentan criterios de evaluación específicos para niños diagnosticados con trastorno del espectro autista, lo cual difiere un poco las estadísticas de los resultados en comparación con la media estipulada por los instrumentos.

Cabe resaltar que se presentó constante dificultad en la aplicación de los instrumentos, específicamente para la aceptación de los cuidadores y/o padres en el consentimiento para la participación de esta y la disponibilidad de tiempo de estos para la respectiva aplicación, puesto que la mayoría de ellos laboran.

### **Recomendaciones**

Los trastornos del desarrollo, específicamente el trastorno del espectro autista conforma una de las principales problemáticas en salud mental, que cada día va en aumento a nivel mundial, su detección oportuna para un tratamiento adecuado, el apoyo y comprensión de la familia pueden ser factores de protección para el infante. No obstante, esto no se ve reflejado en muchos casos.

Para finalizar, se relacionan los hallazgos obtenidos en la investigación por medio de los diferentes instrumentos aplicados y el análisis realizado, en referencia con las practicas actuales y el propósito de suministrar a los profesionales pertinentes y de interés, así mismo como a investigadores una mejor practica y contribuir a futuras investigaciones.

En definitiva, partiendo de los hallazgos se pueden implementar estrategias, reconociendo a la familia como un factor de protección para el desarrollo de las diferentes habilidades neuro-cognitivas, propias de la etapa, para facilitar en el desarrollo del apego seguro en infantes diagnosticados con TEA, reconociendo las características básicas del diagnóstico y la realidad de cada familia.

### Referencias

- Ainsworth, M. y Bell, S. (1970). Apego, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño*, Vol. 1, 1978. Madrid: Alianza.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (2014) *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: Taylor & Francis.
- Albores, L., Hernández, L., Díaz, J. y Cortes, B. (2008). Dificultades en la evaluación y diagnóstico del autismo: Una discusión. *Salud mental*, 31(1):37-44.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Artigas, J., y Perez, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115):567-87.
- Baio J, Wiggins L, Christensen DL, et al. (2018). Prevalencia del trastorno del espectro autista en niños de 8 años - Red de Monitoreo de Autismo y Discapacidades del Desarrollo, 11 sitios, Estados Unidos, 2014. *MMWR Surveill Summ*, 67 (No. SS-6): 1–23.
- Bauminger, N., Solomon, M. y Rogers, SJ (2010). Comportamientos de externalización e internalización en TEA. *Autism Research*, 3(3), 101-112. doi: 10.1002 / aur.131
- Baumrind, D., Larzelere, R., y Owens, E. (2010). Efectos de los patrones y prácticas asertivas del poder de los padres preescolares en el desarrollo de los adolescentes. *Parenting*, 10 (3), 157–201. doi: 10.1080 / 15295190903290790
- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de Psiquiatría*, (3): 28-34
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, (39), 350-373.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger. *The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis*. London.

- Bowlby, J. (1977). La formación y ruptura de vínculos afectivos. I. Etiología y psicopatología a la luz de la teoría del apego. Una versión ampliada de la quincuagésima conferencia de Maudsley, presentada ante el Royal College of Psychiatrists: *The British Journal of Psychiatry*, 130(3), 201–210. doi: 10.1192 / bjp.130.3.201
- Bowlby, J. (1990). A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. London: *Basic Books*.
- Bowlby, J. (1995). Teoría del apego. *Lebovici, Weil-Halpern F.*
- Buitelaar, J. K. (1995). Attachment and social withdrawal in autism. *Hypotheses and findings. Behaviour*, 132(5-6), 319-350.
- Cantón, J., & Cortés, M. R. (2000). Teoría y evaluación del apego. *El apego del niño y sus cuidadores*, 15-72.
- Capps, L., Sigman, M., & Mundy, P. (1994). Attachment security in children with autism. *Development and psychopathology*, 6(2), 249-261.
- Castañeda, M.; Cabrera, A.; Navarro, Y. & Wietse, V.; 2010. Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS. Un libro practico para investigadores y administradores educativos. Pontificia Universidad de Catolica do Rio Grande do Sul. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=XsxqTVs9-2QC&oi=fnd&pg=PA8&dq=+que+es+el+spss&ots=8NYcjJNUl6&sig=LYr9objbnn1aw3vaxq58Mp1Lls2k#v=onepage&q=que%20es%20el%20spss&f=false>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2009). Prevalence of Autism Spectrum Disorders-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United State, 2006. *MMWR Surveill Summ*, 58, 1-20.
- Colombia, UNICEF. (2006). La niñez colombiana en cifras. Recuperado de <https://www.unicef.org/colombia/pdf/cifras.pdf>
- Cruz Milla, I. (2017). *Intervención para aumentar el afecto positivo en niños con trastorno del espectro autista*. (Tesis de grado). UNIVERSIDAD DE JAÉN. España.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113(3), 487-496.
- De la Cruz, M., y González, M. (2004). Inventario de desarrollo (BATTELLE).

- Henry, C. y Hubbs-Tait, L. (2013). *Crianza autoritaria: sintetizar la crianza y la disciplina para el desarrollo óptimo del niño*. Washington, EE. UU: Asociación Americana de Psicología.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*, Sexta edición. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. México.
- Howe, D. (2006). Disabled children, parent–child interaction and attachment. *Child & family social work*, 11(2), 95-106.
- Jiménez Pina, (2016). *Resiliencia en padres y madres de niños con trastornos del espectro autista*. (Tesis doctoral). Universidad de valencia. España.
- Jiménez Mosquera, A. P. (2017). *Implicaciones de la Detección Temprana en el pronóstico del Trastorno del espectro Autista (TEA): Caso único, paciente de 4 años* (Tesis de maestría). Universidad del Norte.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2:50-217
- Kanner, L. (1971). *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Kolvin, I. (1971). Studies in the childhood psychoses I Diagnostic criteria and classification. *Br J Psychiatry*; 118: 381-4.
- Liga colombiana de autismo. (2019). Que es el autismo. Recuperado de: <http://www.ligautismo.org/que-es-autismo.html>
- Lotauro, S. (2012). *Psicología de vanguardia*. Recuperado de <http://www.lotauro.com.ar/estudios.htm>
- Lupón, M., Torrents, A., Quevedo, Ll. (2013). *Procesos cognitivos básicos*. Recuperado del sitio de internet de universitat politècnica de catalunya: <https://ocw.upc.edu/>
- Main, M., Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- Mañes, R. J. M., Aguado, R. S., Barrocal, Y. S., & Molero, L. R. P. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), 511-520.
- Ministerio de salud y protección social, (2015). Protocolo clínico para el diagnóstico, tratamiento y ruta de atención integral de niños y niñas con trastornos del espectro autista. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-TEA-final.pdf>

- Ministerio de Salud y protección social, (2018). Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia. Pacto por la Equidad”. Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/resumen-pnd-2018-2022.pdf>
- Montero, I. y León, O.G. (2007). Una guía para nombrar estudios de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Naber, F. B., Swinkels, S. H., Buitelaar, J. K., Dietz, C., Van Daalen, E., Bakermans-Kranenburg, M. J., ... & van Engeland, H. (2007). Joint attention and attachment in toddlers with autism. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 899-911.
- Naber, F. B., Swinkels, S. H., Buitelaar, J. K., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJendoorn, M.H., Dietz, C., & van Engeland, H. (2006). Attachment in toddlers with autism and other developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(6), 1123–1138.
- National Institutes of Health (NIH). (2019). ¿Qué causa el autismo?. Recuperado de  
<https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/autism/informacion/causas>
- Organización mundial de la salud (OMS). (4 de abril de 2017). Trastornos del espectro autista. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Piaget, J. (1987). El comportamiento, el motor de la evolución. *Revista de filosofía*, 39, 189-191
- Pérez, P. (2012). Diagnóstico diferencial entre el espectro autista y el espectro esquizofrénico. *Revista de Neurología*, 54(1), 51-62
- Portellano, J., Mateos, R., Martínez R., Granados M., y Tapia, A. (2000). Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN).
- Pozo, M. L. M., Siquier, M. B., & Ferrer, M. H. (2009). Contextos de colaboración familia-escuela durante la primera infancia. IN. *Investigació i Innovació Educativa i Socioeducativa*, 1(1), 45-68.
- Rattazzi, A., Valdez, D., & Cukier, S. (2016). Necesidades, estigmatización y calidad de vida de familiares de personas con autismo (tea) en latinoamérica.

- Roa, L., Barrio, V. (2001). Adaptación del Cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M) a población española. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 33(3), 329-341.
- Rogers, S. J., Ozonoff, S., & Maslin-Cole, C. (1993). Developmental aspects of attachment behavior in young children with pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1274-1282.
- Rutter, M. (1974). The development of infantile autism. *Psychoogical Medicine*, 4, 147- 163
- Sanz López, Y., Guijarro Granados T. y Sánchez Vázquez V. (2007). Inventario de Desarrollo Battelle como instrumento de ayuda diagnóstica en el autismo, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, XXVII (100), 303-317.
- Secretaria distrital de salud Barranquilla. (2017). El análisis de situación del distrito Barranquilla, año 2017 (ASIS). Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-barranquilla-2017.pdf>
- Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner, B. R. (1988). The Childhood Autism Rating Scale. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Seskin, L., Feliciano, E., Tippy, G., Yedloutschnig, R., Sossin, K. M., & Yasik, A. (2010). Attachment and autism: Parental attachment representations and relational behaviors in the parent-child dyad. *Journal of abnormal child psychology*, 38(7), 949-960.
- Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes (Doctoral dissertation, Universitat Ramon Llull).
- Shapiro, T., Sherman, M., Calamari, G., & Koch, D. (1987). Attachment in autism and other developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 26(4), 480-484.
- Sigman, M., & Ungerer, J. A. (1984). Attachment behaviors in autistic children. *Journal of autism and developmental disorders*, 14(3), 231-244.
- Soriano Moreno, Esther. (2016). “Dieta libre de gluten y caseína como intervención nutricional en niños con trastorno del espectro autista”. Memoria del Trabajo Final de Máster. Universidad de les illes balears. España.
- Talero, C., Martínez, L. E., Ovalle, J. P., Velásquez, A., & Zarruk, J. G. (2003). Autismo: estado del arte. *Revista Ciencias de la salud*, 1(1).

- Teague, S. J., Gray, K. M., Tonge, B. J., & Newman, L. K. (2017). Attachment in children with autism spectrum disorder: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 35, 35–50. doi:10.1016/j.rasd.2016.12.002
- Uscátegui Daccarett, A. (2015). Trastorno del espectro autista: profundizar en sus alteraciones para brindar una mejor opción de tratamiento. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(3), 233-234.
- Wallin, D. J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Desclée de Brouwer.



## Anexos

## Anexo A

*Consentimiento institucional*

Barranquilla, diciembre 3 de 2018

**Jason Iglesias.**  
Coordinador terapéutico, CISADDE IPS.  
Medicina Integral IPS

Cordial saludo,

Mediante la presente, nos dirigimos a ustedes de manera formal para establecer una propuesta de cooperación interinstitucional con fines de investigación. De esta forma, el presente documento representa la **CARTA DE INTENCIÓN** desde nuestra organización para la búsqueda de su aval institucional, que viabilice su participación en el **"Estudio de caso para la evaluación del apego en niños(as) con diagnóstico autismo"**. A continuación, relacionamos de manera específica los aspectos operativos en los que se sustentaría esta cooperación:

Nuestro equipo requiere que su institución:

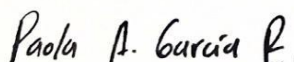
- Facilite el acceso a una muestra significativa de usuario de su institución con edades entre los 1 y 5 años, cuya participación será voluntaria y consentida por los representantes legales.
- Facilite sesiones de evaluación de sus pacientes con parte de la estudiante ESTHER CAROLINA ACOSTA MANJARRES, identificada con cedula de ciudadanía No. 1.143.160.422.
- Permita la aplicación de pruebas psicométricas asociadas a la evaluación de variables relacionadas con el apego en niños y niñas diagnosticados con autismo, y sus relaciones parentales.

Como contraprestación, su institución recibirá:

- Informe de los hallazgos derivados del estudio, que constituyen un análisis completo de los resultados de la investigación.
- Acceso gratuito al material del programa y capacitación de los padres de los usuarios que encuentre pertinente, siempre que sea solicitado por la autoridad institucional respectiva.

Agradecemos de antemano su atención, y esperamos que a partir de esta carta la comunicación interinstitucional sea fluida y lleve a la satisfactoria culminación de este u otros tipos de proyectos para el beneficio de sus clientes y el avance nacional en materia de ciencia, tecnología e innovación.

Atentamente,

  
Mg. Paola Andrea García Roncallo  
Profesora Tiempo Completo – Investigadora  
Universidad de la Costa  
Departamento De Psicología Del Individuo

Recibí 04-12-2018  
Jason Iglesias  
Coordinador de Terapia  
CISADDE IPS.

## Continuación del Anexo A

**ANEXO: RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO****Características de los participantes:**

Los pacientes que podrán ser partícipes del estudio de caso serán aquellos que:

- Tengan edades entre los 1 y 5 años.
- Los participantes deben estar diagnosticados con autismo.

**Retribución y beneficios por la participación:**

Ni los participantes, ni las instituciones involucradas recibirán pago alguno por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia, en especial en marco del apego en los niños diagnosticados con autismo.

**Aspectos éticos:**

La participación de los menores en el estudio está protegida por la legislación internacional, nacional e institucional en la que se protege la dignidad, autonomía, derechos y se procura el bienestar de participantes en proyectos de investigación. Se presentarán consentimientos informados antes de iniciar la sesión a los padres.

**Riesgos e Incomodidades:**

No se conoce o espera que corra algún riesgo por participar en este estudio. De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, esta investigación es categorizada como INVESTIGACIÓN CON RIESGOS MÍNIMOS, dado que no se desarrollará ningún procedimiento invasivo.

**Confidencialidad:**

La información personal que haga parte de los resultados de la investigación será mantenida de manera confidencial. En ninguna publicación en la que se usen los resultados de las encuestas que se revelará la identidad de los adolescentes o instituciones participantes.

**Información:**

Para obtener mayor información acerca de esta investigación puede comunicarse con Paola Garcia Roncallo (pgarcia5@cuc.edu.co) o Eileen Garcia Montaña (egarcia6@cuc.edu.co).

## Anexo B

### Consentimiento informado

	<p align="center"><b>FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES</b>  <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO - PARTICIPANTES MENORES DE 12 años</b></p>	<p>Versión: 01          Fecha: 16/01/17          Página 1 de 2</p>
---	--	--

<b>Grupo de investigación:</b>	Cultura, Educación y Sociedad
<b>Investigadoras asesoras:</b>	Mg. Paola García Roncallo y Mg. Eileen García-Montaña.
<b>Estudiante de último semestre:</b>	Esther Acosta

Estimado(a) padre/madre de familia o representante legal, la **CORPORACIÓN UNIVERSIDAD DE LA COSTA** y el **CENTRO DE INTEGRACIÓN SENSORIAL PARA EL AUTISMO Y DESORDENES DEL DESARROLLO** desea(n) invitar a su hijo(a)/representado(a)<sup>1</sup> a participar en la investigación **“RELACIÓN ENTRE EL APEGO Y EL PERFIL NEUROCOGNITIVO EN USUARIOS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA CON EDADES ENTRE 1 A 5 AÑOS”**. Cuyo objetivo es **ANALIZAR LA CONCORDANCIA ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS EL APEGO Y EL PERFIL NEUROCOGNITIVO DE NIÑOS Y NIÑAS DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA**.

**Antes de tomar la decisión de autorizar a su hijo(a) a participar de este estudio, nosotros queremos que ustedes conozcan que:**

Usted(es) y su hijo(a)/representado(a) puede hacer las preguntas que considere necesarias antes de firmar. Los investigadores están en el deber de responderlas y de aclarar cualquier término con el que usted no está familiarizado o que sean de difícil comprensión.

La participación de su hijo(a)/representado(a) en el estudio está regulada por la legislación internacional, nacional e institucional, en la que se protege su dignidad, autonomía y derechos, procurando su bienestar. Para garantizar esto, se diligencia el presente formato de Consentimiento.

**Procedimientos:** Este es un estudio experimental de corte longitudinal. En primera instancia se le pedirá a usted y a su hijo(a)/representado(a) asistir los días estipulados para la aplicación de los instrumentos para la recolección de datos necesaria para la investigación; En total usted y su hijo(a) sería evaluado en tres momentos bajo la supervisión de un miembro del equipo de investigación.

- El primero se desarrollará la entrevista a los cuidadores y el paciente, levantamiento de historia clínica y la identificación de pautas de crianza por el instrumento PCRI se administrará en lápiz y papel.
- El segundo evalúa el apego con los padres por medio de un experimento social, que propende por la observación de las formas de relacionamiento padres-hijo.
- El tercero evalúa el perfil neurocognitivo a través del cuestionario de madurez neuropsicológica infantil CUMANIN, para el desarrollo infantil se aplicará el inventario de desarrollo BATELLE y para la categorización del autismo el childhood autism rating scale CARS Las cuales se administrarán en lápiz y papel.

Los resultados podrán entregados a **CORPORACIÓN UNIVERSIDAD DE LA COSTA** como requisito de producción final de la investigación y publicados en revistas especializadas, **manteniendo TOTAL reserva sobre los datos personales del paciente y sus cuidadores**. Si lo requieren, también los resultados podrán ser socializados con usted(es) en calidad de representante(s) legal(es).

**Retribución y beneficios por la participación:** Es nuestro deber informarle que ni su hijo(a)/representado(a) ni usted recibirán dinero por participar en este estudio. Su participación es una contribución para

<sup>1</sup> Aquella persona menor de edad o mayor de edad declarado(a) judicialmente como incapaz, que requiere representación legal de otra persona jurídica.



## Continuación Anexo A

	<b>FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES</b> <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO - PARTICIPANTES MENORES DE 12 años</b>	Versión: 01
		Fecha: 16/01/17
		Página 2 de 2

el desarrollo de la ciencia, en especial en el marco de la psicología de la salud.

**Riesgos e Incomodidades:** No se conoce o espera que su hijo(a) corra algún riesgo por participar en este estudio. De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, esta investigación está categorizada como INVESTIGACIÓN CON RIESGOS MÍNIMOS, debido a que NO se desarrollará ningún procedimiento invasivo.

**Participación voluntaria:** La participación en este estudio es voluntaria. Su hijo(a)/representado(a) tiene la libertad de retirar de la investigación en cualquier momento, y en tal caso no se afectará su estatus como paciente en el Centro de Integración sensorial para el autismo y desordenes del desarrollo CISADDE IPS sede 2 Además, durante la fase de evaluación, usted y su hijo/a podrán decidir libremente no responder a preguntas que no desee responder.

**Confidencialidad:** Los datos personales y la información suministrada en los instrumentos de medición solo se emplearán para los análisis requeridos en el estudio; cualquier información personal que haga parte de los resultados de la investigación y los datos sensibles suministrados, será de carácter confidencial y se mantendrán en reserva en conformidad con la ley 1090 de 2006, la ley 1581 de 2012 y la doctrina No. 2 (marzo 15 de 2012) del Colegio Colombiano de Psicólogos. Solo se podrá revelar información alguna si durante el estudio el profesional a cargo detecta de manera clara un evidente daño para el evaluado o par a terceros, anunciando oportunamente a sus representantes legales de dicho requerimiento (Artículo 2º, Numeral 5º de la ley 1090 de 2006).

**Información:** Para obtener mayor información acerca de esta investigación puede comunicarse con **PAOLA GARCÍA Y EILEEN GARCÍA** al correo electrónico: **pgarcia5@cuc.edu.co**, y al teléfono **3015386865**, de lunes a viernes en horario de 16-18h (tarde).

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO DE REPRESENTANTE(S) LEGAL(ES) DEL PARTICIPANTE<sup>2</sup>

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, hago constar que he recibido respuesta satisfactoria a mis inquietudes y que CONSIENTO/CONSENTIMOS VOLUNTARIAMENTE, representado en este estudio.

Huella

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

No. de cedula: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Huella

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

No. de cedula: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

#### Firma y documento de identidad de investigador(a) principal:

Huella

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

No. de cedula: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Consentimiento de participación firmado a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2019.

<sup>2</sup> Los datos sensibles solicitados, tales como nombre, firma, número de identificación y/o huella se utilizarán con el único fin de darle validez al presente documento, y no serán divulgados tratados o manipulados con un fin diferente (Art 6, ley 1581 de 2012)

## Anexo C

## Formato de historia clínica

<b>HISTORIA CLINICA – PACIENTES MENORES DE EDAD</b>		Versión: 01 Fecha: 13/01/17 Página ____ de ____
<b>DATOS DE GENERALES</b>		
Código de historia clínica:		Fecha de elaboración:
<b>1. IDENTIFICACION DEL TERAPEUTA A CARGO</b>		
Nombre Completo del terapeuta:		
No. de tarjeta profesional:	Correo institucional:	
<b>2. IDENTIFICACION DEL USUARIO</b>		
Nombre completo:		
Edad:	Estado Civil:	
Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Separado(a)	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Escolaridad:		
Ocupación:		
Seguridad social:	Entidad prestadora de salud:	Lugar de atención de urgencias:
	Tipo de vinculación: <input type="checkbox"/> Cotizante <input type="checkbox"/> Beneficiario	
Dirección de domicilio:	Estrato socioeconómico:	
Correo electrónico de contacto:	Teléfono:	
<b>3. IDENTIFICACIÓN DE PADRES/REPRESENTANTE LEGAL</b>		
<b>a. MADRE</b>		
Nombre completo:		
Edad:	Estado Civil:	
Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Separado(a)	
Escolaridad:		
Ocupación:		
Seguridad Social:	Tipo de vinculación: <input type="checkbox"/> Cotizante <input type="checkbox"/> Beneficiario	Entidad prestadora de salud:
Dirección de domicilio:	Estrato socioeconómico:	
Correo electrónico de contacto:	Teléfono:	
<b>b. PADRE</b>		
Nombre completo:		
Edad:	Estado Civil:	
Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Separado(a)	
Escolaridad:		
Ocupación:		
Seguridad social:	Tipo de vinculación: <input type="checkbox"/> Cotizante <input type="checkbox"/> Beneficiario	Entidad prestadora de salud:
Dirección de domicilio:	Estrato socioeconómico:	
Correo electrónico de contacto:	Teléfono:	
<b>c. OTRO REPRESENTANTE LEGAL (Solo si aplica)</b>		

## Continuación Anexo B

<b>HISTORIA CLINICA – PACIENTES MENORES DE EDAD</b>		<b>Versión:</b> 01
		<b>Fecha:</b> 13/01/17
		<b>Página</b> ___ <b>de</b> ___

<b>a. OTRO REPRESENTANTE LEGAL (Solo si aplica)</b>	
<b>Nombre completo:</b>	
<b>Edad:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Escolaridad:</b>	
<b>Ocupación:</b>	
<b>Seguridad social:</b>	<b>Tipo de vinculación:</b>
	<input type="checkbox"/> Cotizante <input type="checkbox"/> Beneficiario
<b>Dirección de domicilio:</b>	
<b>Correo electrónico de contacto:</b>	
<b>Estado Civil:</b>	
<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)
<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Viudo(a)
<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> No aplica
<input type="checkbox"/> Separado(a)	
<b>Entidad prestadora de salud:</b>	
<b>Estrato socioeconómico:</b>	
<b>Teléfono:</b>	

## Continuación Anexo B

	<b>HISTORIA CLINICA – PACIENTES MENORES DE EDAD</b>	Versión: 01 Fecha: 13/01/17 Página ___ de ___
--	---	---

DATOS DEL PROCESO TERAPEUTICO	
<b>4. MOTIVO DE CONSULTA</b>	
<b>a. Reporte textual del usuario:</b>     	<b>c. Categorías del problema:</b> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Problemas personales  <input type="checkbox"/> Problemas académicos  <input type="checkbox"/> Problemas de adaptación  <input type="checkbox"/> Problemas familiares  <input type="checkbox"/> Problemas interpersonales  <input type="checkbox"/> Presunto maltrato         </div>
<b>b. Reporte textual del padre/madre/acompañante:</b>     	<small>Nota: incluir relación con el usuario</small>
<b>d. Historia de la situación o problema:</b> <b>Episodios previos:</b>     	
<b>Descripción del problema actual:</b>     	
<small>Nota: incluir fecha de aparición</small>	
<b>Factores desencadenantes y/o agravantes:</b>     	
<small>Nota: incluir descripción de síntomas y tiempo del problema actual</small>	
<b>5. ANTECEDENTES</b>	
<b>Antecedentes personales:</b>     	
<b>Antecedentes familiares:</b>     	
<b>Otros antecedentes:</b>     	
<small>Nota: Se puede incluir antecedentes ambientales, legales y sociales de relevancia</small>	
<b>6. HISTORIA FAMILIAR</b>	
<b>Composición y dinámica familiar:</b>     	
<small>Nota: incluir nombre y edad de los miembros, precisar el lugar que ocupa entre los hermanos, figuras de apego y eventos significativos</small>	
<b>Relaciones intrafamiliares:</b>     	

## Continuación Anexo B

HISTORIA CLINICA – PACIENTES MENORES DE EDAD		Versión: 01
		Fecha: 13/01/17
		Página ____ de ____
<b>Relaciones intrafamiliares:</b>		
Relación madre- hijo(a): _____		
Relación padre- hijo(a): _____		
Relación con los hermanos(as): _____		
Relación con otros significativos: _____		
Otras personas/familiares con los que vive: _____		
Nota: Debe estar parentesco o relación y datos completos de cada persona.		



## Continuación Anexo B

<b>HISTORIA CLINICA – PACIENTES MENORES DE EDAD</b>		Versión: 01 Fecha: 13/01/17 Página ___ de ___
<b>7. HISTORIA PERSONAL</b>		
<b>Historia prenatal:</b>  <i>Nota: Incluir condiciones del feto y la madre durante el embarazo, intentos de aborto, y el embarazo fue planificado/no planificado</i>		
<b>Historia perinatal:</b>  <i>Nota: Incluir información del parto (natural/cesaria, prematuro/a término, hospitalización, sufrimiento fetal o muerte de madre en parto)</i>		
<b>Historia posnatal:</b>  <i>Nota: Incluir información sobre lactancia, alimentación, suela y respuesta afectiva de los padres y del bebé</i>		
<b>Desarrollo psicomotor:</b>  <i>Nota: Incluir control cefálico, gateo, marcha, control esfínteres, control prescriptivo, control de alimentos, desarrollo y signos de lenguaje</i>		
<b>Desarrollo psicosocial:</b>  <i>Nota: Incluir relación con padres, contacto con personas mayores y del otro sexo, juegos preferidos y datos de interacción</i>		
<b>Desarrollo psicoafectivo:</b>  <i>Nota: Identificación de emociones/temores y relaciones viscerales</i>		
<b>8. HISTORIA ESCOLAR</b>		

Continuación Anexo B

<p><b>HISTORIA CLINICA - PACIENTES MENORES DE EDAD</b></p>		<p><b>Versión:</b> 01</p>
		<p><b>Fecha:</b> 13/01/17</p>
		<p><b>Página</b> ____ <b>de</b> ____</p>

**Anexo D***Escala de valoración del autismo infantil***ESCALA DE VALORACIÓN DEL AUTISMO INFANTIL**  
**(C.A.R.S.)**

Eric Schopler, Ph.D., Robert J. Reichler, M.D.,  
And Barbara Rothen Renner, Ph.D.

**I. REFERENTE A LA GENTE**

1. **Ninguna evidencia de dificultad o anomalía para relacionarse con la gente:** La conducta del niño es apropiada para su edad. Algo de timidez, incomodidad o inquietud al decirle que hacer, puede ser observada pero no a un grado atípico.  
1.5
2. **Relaciones interpersonales medianamente anormales:** El niño debe evitar mirar al adulto en los ojos, evita al adulto o empieza a quejarse con efusividad si la interacción es forzada, es excesivamente tímido, no es tan sensible al adulto como es típico, o ser tan aferrado a sus padres como la mayoría de niños a su edad.  
2.5
3. **Relaciones interpersonales moderadamente anormales:** El niño se muestra reservado, distante (parece que no se da cuenta o ignora al adulto) en ocasiones. Mínimo contacto es iniciado por el niño.  
3.5
4. **Relaciones interpersonales severamente anormales:** El niño es consistentemente reservado, distante o no se da cuenta de lo que el adulto está haciendo. Casi nunca responde o inicia contacto con el adulto. Sólo los intentos persistentes para lograr la atención del niño tienen algún efecto.

**II. IMITACION**

1. **Imitación apropiada:** El niño puede imitar sonidos, palabras, y movimientos los cuales son apropiados para su nivel de habilidades.  
1.5
2. **Imitación medianamente anormal:** El niño imita conductas simples tales como aplaudir o sonidos verbales simples la mayoría del tiempo; ocasionalmente, imita solo después de ser estimulado o después de un cierto retraso.  
2.5
3. **Imitación moderadamente anormal:** El niño imita solo parte del tiempo requiere bastante persistencia y ayuda del adulto Frecuentemente imita sólo después con cierto retraso.  
3.5
4. **Imitación severamente anormal:** El niño raramente o nunca imita sonidos, palabras o movimientos aún con el estímulo y asistencia de un adulto.

## Continuación del Anexo D

**III. RESPUESTA EMOCIONAL**

- 1. Respuestas emocionales a edad apropiada y situación apropiada:** El niño muestra el tipo y grado apropiado de respuesta emocional indicado por un cambio en la expresión facial, postura y modales (conducta).  
1.5
- 2. Respuestas emocionales medianamente anormales:** El niño ocasionalmente demuestra un cierto tipo inapropiado o grado de respuesta emocional. Algunas veces las reacciones no se relacionan con los objetos o eventos que lo rodean.  
2.5
- 3. Respuestas emocionales moderadamente anormales:** El niño muestra signos definidos de tipo inapropiado y/o grado de respuesta emocional. Las reacciones pueden ser inhibidas o excesivas y no relacionadas a la situación: puede hacer muecas, reír, o ponerse rígido aún cuando objetos o acciones que las produzcan no estén presentes.  
3.5
- 4. Respuestas emocionales severamente anormales:** Las respuestas son raramente apropiadas a la situación; una vez que el niño llega a cierto estado de humor, es muy difícil cambiarlo. A la inversa, el niño puede mostrar emociones muy diferentes cuando nada ha cambiado.

**IV. USO DEL CUERPO**

- 1. Edad apropiada del uso del cuerpo:** El niño se mueve con la misma facilidad, agilidad, y coordinación de un niño normal a la misma edad.  
1.5
- 2. Uso del cuerpo medianamente anormal:** Algunas peculiaridades menores pueden estar presentándose, tales como torpeza, movimientos repetitivos, coordinación pobre, o la aparición rara de algunos movimientos inusuales.  
2.5
- 3. Uso del cuerpo moderadamente anormal:** Conductas que son claramente extrañas o inusuales para un niño de esta edad puede incluir movimientos raros de los dedos, postura peculiar de los dedos o cuerpo, miran fijamente o agarran el cuerpo, agresión dirigida a sí mismo, mecerse, mover los dedos, girar cosas o caminar de puntas.  
3.5
- 4. Uso del cuerpo severamente anormal:** Intensos o frecuentes movimientos del listado de arriba, son signos del uso del cuerpo severamente anormal. Estas conductas pueden persistir a pesar de desalentarlas o involucrar al niño en otras actividades.

**V. USO DE OBJETOS**

- 1. Uso apropiado de, interés, en juguetes y otros objetos:** El niño muestra interés normal en juguetes y otros objetos apropiados para su nivel de habilidades y usa estos juguetes en una manera apropiada.  
1.5

## Continuación Anexo D

- 2. Interés medianamente inapropiado en, o uso de, juguetes y otros objetos:** El niño muestra interés atípico en un juguete o juega con este en una manera anómala inapropiada (por ejemplo, cerrando de golpe la puerta o chupando un juguete).

**2.5**

- 3. Interés moderadamente inapropiado en, o uso de, juguetes y otros objetos:** El niño puede mostrar poco interés en juguetes u otros objetos, o puede estar preocupado en usar un objeto o juguete en alguna forma extraña. Se enfoca en alguna parte insignificante del juguete, o se muestra fascinado con el reflejo ligero del juguete, mueve repetitivamente alguna parte del objeto, o juega exclusivamente con un objeto.

**3.5**

- 4. Interés severamente inapropiado en, o uso de, juguetes u otros objetos:** El niño debe ocuparse en las mismas conductas descritas arriba, con mucho mayor frecuencia e intensidad. El niño es difícil de distraerse cuando se encuentra comprometido en este tipo de actividades inapropiadas.

## VI. ADAPTACION AL CAMBIO

- 1. Edad apropiada para responder al cambio:** Mientras el niño pueda notar o hacer comentarios en los cambios de rutina, este acepta estos cambios sin excesiva angustia.

**1.5**

- 2. Adaptación al cambio medianamente anormal:** Cuando un adulto trata de cambiar tareas el niño debe continuar la misma actividad o usar los mismos materiales.

**2.5**

- 3. Adaptación al cambio moderadamente anormal:** El niño se resiste activamente a los cambios de rutina, trata de continuar con una vieja actividad, y es difícil de distraerse. Puede ponerse molesto o infeliz cuando una rutina establecida es alterada.

**3.5**

- 4. Adaptación al cambio severamente anormal:** El niño muestra reacciones severas al cambio. Si un cambio es forzado, debe volverse extremadamente molesto o no cooperar y responder con rabietas.

## VII. RESPUESTA VISUAL

- 1. Edad apropiada para la respuesta visual:** La conducta visual del niño es normal y apropiada para esa edad. La visión es usada junto con otros sentidos como una manera de explorar un nuevo objeto.

**1.5**

- 2. Respuesta visual medianamente anormal:** Ocasionalmente se le debe hacer recordar al niño el mirar objetos. El niño debe estar más interesado en mirar espejos o luces que a sus compañeros o puede mirar al vacío, o también puede evitar mirar a la gente en los ojos.

**2.5**

Continuación Anexo D

3. **Respuesta visual moderadamente anormal:** Se le debe instar a mirar a lo que está haciendo. Evita mirar a la gente en los ojos, mira los objetos desde un ángulo inusual, o coge objetos muy cerca a los ojos.

3.5

4. **Respuesta visual severamente anormal:** El niño evita consistentemente mirar a la gente o algunos objetos y puede mostrar formas extremas de otras peculiaridades visuales descritas arriba.

#### VIII. RESPUESTA AUDITIVA

1. **Edad apropiada para la respuesta auditiva:** La conducta auditiva del niño es normal y apropiada para su edad. La audición es usada junto con otros sentidos.

1.5

2. **Respuesta auditiva medianamente anormal:** Debe existir algún déficit de respuesta, o actuar con mesurada sorpresa o molestia a ciertos sonidos.

Las respuestas a sonidos deben ser tardías, y los sonidos pueden necesitar repetición para captar la atención del niño. El niño puede ser distraído por sonidos extraños.

2.5

3. **Respuesta auditiva moderadamente anormal:** La respuesta del niño a los sonidos varía, generalmente ignora un sonido los primeros minutos que está hecho; puede estar asustado o cubrirse las orejas cuando escucha algunos sonidos cotidianos.

3.5

4. **Respuesta auditiva severamente anormal:** El niño sobre actúa a un grado extremo marcado, considerando el tipo de sonido.

#### IX. RESPUESTA AL SABOR, OLOR, TACTO Y USO

1. **Uso normal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño explora nuevos objetos en una manera apropiada para su edad., generalmente por tacto y mirada. Sabor y olor puede ser usado cuando es apropiado. Cuando reacciona a algo sin importancia, dolor físico cotidiano, el niño expresa incomodidad, pero no sorpresa o molestia.

1.5

2. **Uso medianamente anormal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño puede persistir en poner objetos en su boca; puede oler o saborear objetos no comestibles; puede ignorar o sorprenderse o molestarse por leves dolores que un niño normal puede expresarla como incomodidad.

2.5

3. **Uso moderadamente anormal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño debe estar moderadamente preocupado por tocar, oler, o saborear objetos o gente. El niño puede reaccionar mucho o poco.

3.5

4. **Uso severamente anormal de, y respuesta a, sabor, olor, y tacto:** El niño esta preocupado por oler, saborear, o sentir objetos más por la sensación que por la exploración normal o uso de los objetos. El niño

## Continuación Anexo D

puede ignorar completamente el dolor o reaccionar muy fuertemente a pequeñas incomodidades.

**X. MIEDO O NERVIOSISMO**

- 1. Miedo o nerviosismo normal:** La conducta del niño es apropiada tanto para la situación como para su edad.

1.5

- 2. Miedo y nerviosismo medianamente anormal:** El niño ocasionalmente muestra mucho o poco miedo o nerviosismo comparado a la reacción de un niño normal de la misma edad en una situación similar.

2.5

- 3. Miedo y nerviosismo moderadamente anormal:** El niño se muestra o tranquilo bastante más o tranquilo bastante menos que es típico aún para un niño menor en una situación similar.

3.5

- 4. Miedo y nerviosismo severamente anormal:** El miedo persiste aún después de repetida la experiencia con eventos u objetos inofensivos. Es extremadamente difícil de calmar o aliviar al niño. El niño puede, a la inversa, dejar de mostrar atención apropiada por riesgos que otros niños de la misma edad evitan.

**XI. COMUNICACION VERBAL**

- 1. Comunicación verbal, edad y situación apropiada**

1.5

- 2. Comunicación verbal medianamente anormal:** Su habla muestra general retraso. La mayoría de su habla es significativa. Sin embargo, la ecolalia o inversión de pronombre debe ocurrir. Algunas palabras peculiares o jerga pueden ser usada ocasionalmente.

2.5

- 3. Comunicación verbal moderadamente anormal:** El habla puede ser ausente. Cuando se presenta, la comunicación verbal puede ser una mezcla de algún habla significativa y algún habla peculiar como jerga, ecolalia, o inversión de pronombre. Peculiaridades en el habla significativo incluye excesivo interrogatorio preocupación por temas particulares.

3.5

- 4. Comunicación verbal severamente anormal:** El discurso significativo no es usado. El niño puede dar gritos o chillidos agudos, sonidos como animales, ruidos complejos aproximándose al habla, o puede mostrar persistente, raro uso de palabras o frases reconocibles.

**XII. COMUNICACION NO VERBAL**

- 1. Uso normal de comunicación no verbal, edad y situación apropiada**

1.5

- 2. Uso de comunicación no verbal medianamente anormal:** Uso inmaduro de comunicación no verbal; puede sólo apuntar vagamente, o



Continuación Anexo D

alcanzar lo que desea, en situaciones donde un niño de la misma edad debe apuntar más específicamente para indicar aquello que desea.

2.5

3. **Uso de la comunicación no verbal moderadamente anormal:** El niño es generalmente incapaz de expresar necesidades o deseos de manera no verbal, y no puede comprender la comunicación no verbal de otros.

3.5

4. **Uso de la comunicación no verbal severamente anormal:** El niño sólo usa raros o peculiares gestos los cuales no tienen aparente significado, y no muestra estar conciente de los significados asociados con los gestos o expresiones faciales de otros.

### XIII. NIVEL DE ACTIVIDAD

1. **Nivel de actividad normal para su edad y circunstancia:** El niño no es más activo ni menos activo que un niño normal de la misma edad en una situación similar.

1.5

2. **Nivel de actividad medianamente anormal:** El niño debe ser medianamente inquieto o algo "perezoso" y moverse lento por momentos. El nivel de actividad del niño interfiere solo un poco con su desempeño.

2.5

3. **Nivel de actividad moderadamente anormal:** El niño debe ser bastante activo y difícil de frenar. Debe tener energía ilimitada y no debe irse de buena gana a dormirse en la noche. A la inversa, el niño debe ser bastante letárgico, y necesitar mucho empuje para lograr que se mueva.

3.5

4. **Nivel de actividad severamente anormal:** El niño exhibe extremos de actividad o inactividad y puede aún cambiar de un extremo a otro.

### XIV. NIVEL Y CONSISTENCIA DE LA RESPUESTA INTELECTUAL

1. **La inteligencia es normal y consistente razonablemente a través de las diferentes áreas:** El niño es tan inteligente como un niño típico de la misma edad y no tiene ninguna habilidad intelectual inusual o problemas.

1.5

2. **Funcionamiento intelectual medianamente anormal:** El niño no es tan inteligente como un niño típico de su edad; las habilidades aparecen bastante retardadas de una forma pareja a través de todas las áreas.

2.5

3. **Funcionamiento intelectual moderadamente anormal:** En general, el niño no es tan inteligente como un niño típico de su edad; sin embargo, el niño puede funcionar casi normal en una o más áreas intelectuales.

3.5

4. **Funcionamiento intelectual severamente anormal:** mientras el niño generalmente no es tan inteligente como un niño típico de su edad; éste

## Continuación Anexo D

puede funcionar aún mejor que un niño normal de su misma edad en una o más áreas.

**XV. IMPRESIONES GENERALES**

**1. No autismo:** El niño no muestra ninguno de los síntomas característicos del autismo.

1.5

**2. Autismo ligero:** El niño muestra sólo algunos o sólo un leve grado de autismo.

2.5

**3. Autismo moderado:** El niño muestra un número de síntomas o un moderado grado de autismo.

3.5

**4. Autismo severo:** El niño muestra muchos síntomas o un extremo grado de autismo.

**Puntaje Total:**

15 – 29: No Autista.

30 – 36: Autismo Leve a Moderado.

37 – 60: Autista Severo.

## Continuación Anexo D

**PROTOCOLO DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DEL AUTISMO**  
**INFANTIL**

NOMBRE: ..... EDAD..... SEXO.....  
 FECHA DE NACIMIENTO: .....  
 GRADO DE INSTRUCCIÓN: .....  
 EVALUADOR: .....  
 FECHA DE EVALUACION: .....  
 INFORMANTE: .....

<u>ÁREA</u>	<u>PUNTAJE</u>
I. REFERENTE A LA GENTE	<input type="text"/>
II. IMITACION	<input type="text"/>
III. RESPUESTA EMOCIONAL	<input type="text"/>
IV. USO DEL CUERPO	<input type="text"/>
V. USO DE OBJETOS	<input type="text"/>
VI. ADAPTACION AL CAMBIO	<input type="text"/>
VII. RESPUESTA VISUAL	<input type="text"/>
VIII. RESPUESTA AUDITIVA	<input type="text"/>
IX. RESPUESTA AL SABOR, OLOR, TACTO Y USO	<input type="text"/>
X. MIEDO O NERVIOSISMO	<input type="text"/>
XI. COMUNICACIÓN VERBAL	<input type="text"/>
XII. COMUNICACIÓN NO VERBAL	<input type="text"/>
XIII. NIVEL DE ACTIVIDAD	<input type="text"/>
XIV. NIVEL Y CONSISTENCIA DE LA RESPUESTA INTELECTUAL	<input type="text"/>
XV. IMPRESIONES GENERALES	<input type="text"/>
<hr/>	
<b>SUMATORIA TOTAL</b>	<input type="text"/>

DIAGNÓSTICO: .....  
 .....

## Anexo E

## Adaptación del cuestionario de Crianza Parental (PCRI-M)

**"CUESTIONARIO PCRI" - FORMATO PARA LA MADRE/PADRE SOBRE EL NIÑO**

(Del Barrio Y Rao, 2001)

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Las frases que te presentamos aquí describen lo que piensan algunos padres sobre sus relaciones con los hijos. Lee cada frase con atención y decide cuál es la que define mejor lo que tú sientes. Si estás muy de acuerdo rodea con un círculo el número 1 de la pregunta que corresponda. El número 2 si estás *de acuerdo*. El número 3 si estás *en desacuerdo*, y el número 4 si estás *total desacuerdo*.

ÍTEM	Muy De acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Total en desacuerdo
1. Cuando mi hijo está molesto por algo generalmente me lo dice	1	2	3	4
2. Tengo problemas para imponer disciplina a mi hijo/a	1	2	3	4
3. Estoy tan satisfecho/a de mi hijo/a como otros padres	1	2	3	4
4. Me resulta difícil conseguir algo de mi hijo/a	1	2	3	4
5. Me cuesta ponerme de acuerdo con mi hijo/a	1	2	3	4
6. Cuando toca criar al hijo/a me siento solo/a	1	2	3	4
7. Mis sentimientos acerca de la paternidad cambian de día en día	1	2	3	4
8. Los padres deben proteger a sus hijos/as de aquellas cosas que pueden hacerles infelices	1	2	3	4
9. Si tengo que decir "no" a mi hijo/a le explico por qué	1	2	3	4
10. Mi hijo/a es más difícil de educar que la mayoría de los niños	1	2	3	4
11. Por la expresión del rostro de mi hijo/a puedo decir cómo se siente	1	2	3	4
12. Me preocupa mucho el dinero	1	2	3	4
13. Algunas veces me pregunto si tomo las decisiones correctas de cómo sacar adelante a mi hijo/a	1	2	3	4
14. La paternidad es una cosa natural en mí	1	2	3	4
15. Cedo en algunas cosas con mi hijo/a para evitar una rabieta	1	2	3	4
16. Quiero a mi hijo/a tal como es	1	2	3	4
17. Disfruto mucho de todos los aspectos de la vida	1	2	3	4
18. Mi hijo/a nunca tiene celos	1	2	3	4
19. A menudo me pregunto qué ventaja tiene criar hijos	1	2	3	4
20. Mi hijo/a me cuenta cosas suyas y de los amigos	1	2	3	4
21. Desearía poder poner límites a mi hijo/a	1	2	3	4
22. Mis hijos me proporcionan grandes satisfacciones	1	2	3	4
23. Algunas veces siento que si no puedo tener más tiempo para mí, sin los niños, me volveré loco/a	1	2	3	4
24. Me arrepiento de haber tenido hijos	1	2	3	4
25. A los niños se les debería dar la mayoría de las cosas que quieren	1	2	3	4
26. Mi hijo pierde el control muchas veces	1	2	3	4
27. El ser madre/padre no me satisface tanto como pensaba	1	2	3	4
28. Creo que puedo hablar con mi hijo/a a su mismo nivel	1	2	3	4

## Continuación Anexo E

ÍTEM	Muy De acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Total en desacuerdo
29. Ahora tengo una vida muy estresada	1	2	3	4
30. Nunca me preocupo por mi hijo/a	1	2	3	4
31. Me gustaría que mi hijo no me interrumpiera cuando hablo con otros	1	2	3	4
32. Los padres deberían dar a sus hijos/as todo lo que ellos no tuvieron	1	2	3	4
33. Como madre/padre, normalmente me siento bien	1	2	3	4
34. Algunas veces me siento agobiado/a por mis responsabilidades paternas	1	2	3	4
35. Me siento muy cerca de mi hijo/a	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho/a con la vida que llevo actualmente	1	2	3	4
37. Nunca he tenido problemas con mi hijo/a	1	2	3	4
38. No puedo aguantar la idea de que mi hijo/a crezca	1	2	3	4
39. Mi hijo/a puede estar seguro de que yo le escucho	1	2	3	4
40. A menudo pierdo la paciencia con mi hijo/a	1	2	3	4
41. Me preocupo por los deportes y por otras actividades de mi hijo	1	2	3	4
42. Mi pareja y yo compartimos las tareas domésticas	1	2	3	4
43. Nunca me he sentido molesto/a por lo que mi hijo/a dice o hace	1	2	3	4
44. Mi hijo sabe qué cosas pueden enfadarme	1	2	3	4
45. Los padres deberían cuidar qué clase de amigos tienen sus hijos/as	1	2	3	4
46. Cuando mi hijo/a tiene un problema, generalmente, me lo comenta	1	2	3	4
47. Mi hijo/a nunca aplaza lo que tiene que hacer	1	2	3	4
48. Ser madre/padre es una de las cosas más importantes de mi vida	1	2	3	4
49. Las mujeres deberían estar en casa cuidando de los niños	1	2	3	4
50. Los adolescentes no tienen la suficiente edad para decidir por sí mismos sobre la mayor parte de las cosas	1	2	3	4
51. Mi hijo/a me oculta sus secretos	1	2	3	4
52. Las madres que trabajan fuera de casa perjudican a sus hijos/as	1	2	3	4
53. Creo que conozco bien a mi hijo/a	1	2	3	4
54. Algunas veces me cuesta decir "no" a mi hijo/a	1	2	3	4
55. Me pregunto si hice bien en tener hijos/as	1	2	3	4
56. Debería de hacer muchas otras cosas en vez de perder el tiempo con mi hijo/a	1	2	3	4
57. Es responsabilidad de los padres proteger a sus hijos del peligro	1	2	3	4
58. Algunas veces pienso cómo podría sobrevivir si le pasa algo a mi hijo/a	1	2	3	4
59. Ya no tengo la estrecha relación que tenía con mi hijo/a cuando era pequeño/a	1	2	3	4
60. Mis hijos/as sólo hablan conmigo cuando quieren algo	1	2	3	4
61. La mayor responsabilidad de un padre es dar seguridad económica a sus hijos	1	2	3	4
62. Es mejor razonar con los niños/as que decirles lo que deben hacer	1	2	3	4
63. Empleo muy poco tiempo en hablar con mi hijo/a	1	2	3	4
64. Creo que hay un gran distanciamiento entre mi hijo/a y yo	1	2	3	4

## Continuación Anexo E

ÍTEM	Muy De acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Total en desacuerdo
65. Para una mujer, tener una carrera estimulante es tan importante como ser una buena madre	1	2	3	4
66. A menudo amenazo a mi hijo/a con castigarle pero nunca lo hago	1	2	3	4
67. Si volviese a empezar, probablemente no tendría hijos	1	2	3	4
68. Los maridos deben ayudar a cuidar a los niños/as	1	2	3	4
69. Las madres deben trabajar sólo en caso de necesidad	1	2	3	4
70. Algunas personas dicen que mi hijo/a está muy mimado	1	2	3	4
71. Me preocupa mucho que mi hijo/a se haga daño	1	2	3	4
72. Rara vez tengo tiempo de estar con mi hijo/a	1	2	3	4
73. Los niños/as menores de cuatro años son muy pequeños para estar en la guardería	1	2	3	4
74. Una mujer puede tener una carrera satisfactoria y ser una buena madre	1	2	3	4
75. Llevo una fotografía de mi hijo/a en la cartera o en el bolso	1	2	3	4
76. Me cuesta mucho dar independencia a mi hijo/a	1	2	3	4
77. No sé cómo hablar con mi hijo/a para que me comprenda	1	2	3	4
78. Para el niño/a es mejor una madre que se dedique a él por completo	1	2	3	4

**Anexo F***Inventario de desarrollo (BATTELLE)*

**BATTELLE**  
INVENTARIO DE DESARROLLO

**CUADERNILLO DE ANOTACIÓN**

Nombre \_\_\_\_\_

Programa/escuela \_\_\_\_\_

Terapeuta/profesor \_\_\_\_\_

Examinador \_\_\_\_\_

	AÑO	MES	DÍA
Fecha de examen:			
Fecha de nacimiento:			
Edad:			
Edad en meses:		(12 x años x meses)	

**RESUMEN Y RECOMENDACIONES**

ÁREAS	PUNTOS FUERTES	PUNTOS DÉBILES	RECOMENDACIONES
PERSONAL/SOCIAL			
ADAPTATIVA			
MOTORA			
COMUNICACIÓN			
COGNITIVA			
PUNTUACIÓN TOTAL			



Copyright © 1984, 1988 LINC Associates, Inc.

Copyright © 1998 by TEA Ediciones, S.A. - Adaptado con permiso - Editor: TEA Ediciones, S.A.; Frey Bernardino de Sahagún, 34, 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este material está impreso en tinta azul y magenta. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la

## Continuación Anexo F

**ÁREA PERSONAL/SOCIAL**
**Subárea: INTERACCIÓN CON EL ADULTO**

UMBRAL = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de desarrollo  
TECHO = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de desarrollo

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	PS 1	Muestra conocimiento de la gente.	2	1	0	
	PS 2	Mira la cara del adulto.	2	1	0	
	PS 3	Sonríe o vocaliza en respuesta a la atención del adulto.	2	1	0	
	PS 4	Explora las facciones del adulto.	2	1	0	
	PS 5	Muestra deseos de ser cogido en brazos por una persona conocida.	2	1	0	
6-11	PS 6	Muestra deseos de recibir atención.	2	1	0	
	PS 7	Participa en juegos como «cubi» o «el escondite».	2	1	0	
	PS 8	Distingue las personas conocidas de las no conocidas.	2	1	0	
12-17	PS 9	Sigue vocalizando cuando se le invita.	2	1	0	
	PS 10	Reacciona cuando se nombra a un familiar.	2	1	0	
18-23	PS 11	Responde a las alabanzas, recompensas o promesas de recompensa del adulto.	2	1	0	
	PS 12	Ayuda en tareas domésticas sencillas.	2	1	0	
24-35	PS 13	Saluda espontáneamente a los adultos conocidos.	2	1	0	
36-47	PS 14	Responde al contacto social de adultos conocidos.	2	1	0	
	PS 15	Se separa fácilmente de sus padres.	2	1	0	
60-71	PS 16	Utiliza a los adultos (además de los padres), como recurso.	2	1	0	
	PS 17	Inicia contactos con adultos conocidos.	2	1	0	
72-83	PS 18	Pide ayuda al adulto cuando lo necesita.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea

**Subárea: EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS/AFECTO**

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	PS 19	Reacciona con anticipación.	2	1	0	
	PS 20	Muestra placer en juegos que implican movimientos bruscos.	2	1	0	
	PS 21	Expresa emociones.	2	1	0	
12-17	PS 22	Muestra afecto por las personas, animales u objetos personales.	2	1	0	
	PS 23	Le gusta jugar con otros niños.	2	1	0	
18-23	PS 24	Le gusta que le lean cuentos.	2	1	0	
24-35	PS 25	Expresa cariño o simpatía hacia un compañero.	2	1	0	
	PS 26	Muestra entusiasmo en el trabajo o el juego.	2	1	0	
36-47	PS 27	Muestra simpatía hacia los demás.	2	1	0	
	PS 28	Consuela a un compañero.	2	1	0	
48-59	PS 29	Describe sus sentimientos.	2	1	0	
	PS 30	Muestra una actitud positiva hacia la escuela.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea



## Continuación Anexo F

**ÁREA PERSONAL/SOCIAL (cont.)****Subárea: AUTOCONCEPTO**

**UMBRAL** = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de e  
**TECHO** = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de e

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	PS 31	Muestra conocimiento de sus manos.	2	1	0	
6-11	PS 32	Responde a su nombre.	2	1	0	
18-23	PS 33	Expresa propiedad o posesión.	2	1	0	
	PS 34	Se reconoce en el espejo.	2	1	0	
24-35	PS 35	Se enorgullece de sus éxitos.	2	1	0	
	PS 36	Conoce su nombre.	2	1	0	
	PS 37	Utiliza un pronombre o su nombre para referirse a sí mismo.	2	1	0	
	PS 38	Habla positivamente de sí mismo.	2	1	0	
	PS 39	Conoce su edad.	2	1	0	
36-47	PS 40	Atrae la atención de los demás sobre su actividad.	2	1	0	
	PS 41	Conoce su nombre y apellidos.	2	1	0	
48-59	PS 42	Se «hace valer» socialmente.	2	1	0	
60-71	PS 43	Actúa para los demás.	2	1	0	
	PS 44	Demuestra capacidad para explicar o contar alguna cosa sin demasiada vergüenza.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea

**Subárea: INTERACCIÓN CON LOS COMPAÑEROS**

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
12-17	PS 45	Inicia un contacto social con compañeros.	2	1	0	
	PS 46	Imita a otro niño	2	1	0	
18-23	PS 47	Juega solo junto a otros compañeros.	2	1	0	
	PS 48	Juega al lado de otro niño.	2	1	0	
24-35	PS 49	Participa en juegos de grupo.	2	1	0	
	PS 50	Comparte sus juguetes.	2	1	0	
36-47	PS 51	Se relaciona con los compañeros.	2	1	0	
48-59	PS 52	Tiene amigos.	2	1	0	
	PS 53	Escoge a sus amigos.	2	1	0	
	PS 54	Participa en el juego.	2	1	0	
	PS 55	Participa en actividades de grupo.	2	1	0	
	PS 56	Sabe compartir y esperar su turno.	2	1	0	
60-71	PS 57	Inicia contactos sociales e interacciones.	2	1	0	
	PS 58	Participa en juegos competitivos.	2	1	0	
	PS 59	Utiliza a los compañeros para obtener ayuda.	2	1	0	
	PS 60	Da ideas a otros niños y aprueba las de los demás.	2	1	0	
72-83	PS 61	Actúa como líder en las relaciones con los compañeros.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea

## Continuación Anexo F

**ÁREA PERSONAL/SOCIAL (cont.)**Subárea: **COLABORACIÓN**

**UMBRAL** = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad  
**TECHO** = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación	Observaciones
18-23	PS 62	Sigue normas de la vida cotidiana.	2 1 0	
24-35	PS 63	Sigue las reglas dadas por un adulto.	2 1 0	
48-59	PS 64	Obedece los órdenes del adulto.	2 1 0	
60-71	PS 65	Obedece las normas y órdenes de la clase.	2 1 0	
	PS 66	Espera su turno para conseguir la atención del adulto.	2 1 0	
	PS 67	Busca alternativas para resolver un problema.	2 1 0	
	PS 68	Hace frente a las burlas y riñas.	2 1 0	
72-83	PS 69	Participa en situaciones nuevas.	2 1 0	
84-95	PS 70	Utiliza al adulto para defenderse.	2 1 0	
	PS 71	Se enfrenta a la agresión de un compañero.	2 1 0	

+  =  Puntuación subárea

Subárea: **ROL SOCIAL**

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación	Observaciones
24-35	PS 72	Juega representando papeles de adulto.	2 1 0	
	PS 73	Representa un papel.	2 1 0	
36-47	PS 74	Sabe si es niño o niña.	2 1 0	
	PS 75	Reconoce las diferencias entre hombre y mujer.	2 1 0	
48-59	PS 76	Reconoce expresiones faciales de sentimientos.	2 1 0	
	PS 77	Juega representando el papel del adulto.	2 1 0	
	PS 78	Ayuda cuando es necesario.	2 1 0	
	PS 79	Respeta las cosas de los demás.	2 1 0	
	PS 80	Pide permiso para utilizar las cosas de otro.	2 1 0	
60-71	PS 81	Reconoce los sentimientos de los demás.	2 1 0	
	PS 82	Distingue las conductas aceptables de las no aceptables.	2 1 0	
72-83	PS 83	Distingue roles presentes y futuros.	2 1 0	
84-95	PS 84	Demuestra responsabilidad.	2 1 0	
	PS 85	Reconoce la responsabilidad de sus errores.	2 1 0	

+  =  Puntuación subárea



## Continuación Anexo F

**ÁREA ADAPTATIVA**Subárea: **ATENCIÓN**

**UMBRAL** = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de e  
**TECHO** = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de e

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	A 1	Dirige su mirada hacia un foco de luz.	2	1	0	
	A 2	Mira un objeto durante cinco segundos.	2	1	0	
	A 3	Presta atención a un sonido continuo.	2	1	0	
6-11	A 4	Sigue con la mirada una luz en un arco de 180°.	2	1	0	
	A 5	Sigue con la mirada una luz en recorrido vertical.	2	1	0	
	A 6	Se entretiene sin solicitar atención.	2	1	0	
12-17	A 7	Mira o señala un dibujo.	2	1	0	
18-23	A 8	Presta atención.	2	1	0	
36-47	A 9	Presta atención estando en grupo.	2	1	0	
	A 10	Se concentra en su propia tarea.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea

Subárea: **COMIDA**

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	A 11	Reacciona anticipadamente a la comida.	2	1	0	
	A 12	Come papilla con cuchara.	2	1	0	
6-11	A 13	Come semisólidos.	2	1	0	
	A 14	Sostiene su biberón.	2	1	0	
	A 15	Bebe en una taza con ayuda.	2	1	0	
	A 16	Come trocitos de comida.	2	1	0	
12-17	A 17	Comienza a usar la cuchara o el tenedor para comer.	2	1	0	
	A 18	Pide comida o bebida con palabras o gestos.	2	1	0	
18-23	A 19	Bebe en taza o vaso, sin ayuda.	2	1	0	
	A 20	Utiliza la cuchara o el tenedor.	2	1	0	
	A 21	Distingue lo comestible de lo no comestible.	2	1	0	
24-35	A 22	Obtiene agua del grifo.	2	1	0	
36-47	A 23	Se sirve comida.	2	1	0	
72-83	A 24	Utiliza el cuchillo.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea

## Continuación Anexo F

**ÁREA MOTORA**Subárea: **CONTROL MUSCULAR**

**UMBRAL** = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel  
**TECHO** = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	M 1	Mantiene erguida la cabeza.	2	1	0	
	M 2	Levanta la cabeza.	2	1	0	
	M 3	Sentado con apoyo gira la cabeza a ambos lados.	2	1	0	
6-11	M 4	Permanece sentado momentáneamente, sin ayuda.	2	1	0	
	M 5	Permanece en pie 10 segundos, apoyándose en algo estable.	2	1	0	
12-17	M 6	Permanece en pie sin ayuda.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea

Subárea: **COORDINACIÓN CORPORAL**

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	M 7	Junta las manos en la línea media.	2	1	0	
	M 8	Se lleva un objeto a la boca.	2	1	0	
6-11	M 9	Se pone de pie apoyándose en un mueble.	2	1	0	
	M 10	Se incorpora hasta la posición sentado.	2	1	0	
12-17	M 11	Camina llevando un objeto.	2	1	0	
	M 12	Se agacha para coger un objeto.	2	1	0	
18-23	M 13	Lanza la pelota.	2	1	0	
	M 14	Chuta la pelota.	2	1	0	
24-35	M 15	Avanza 2 ó 3 pasos siguiendo una línea.	2	1	0	
	M 16	Se mantiene sobre un pie.	2	1	0	
	M 17	Lanza la pelota para que la coja otra persona.	2	1	0	
36-47	M 18	Da una voltereta.	2	1	0	
48-59	M 19	Imita posturas con los brazos.	2	1	0	
	M 20	Salta sobre un pie.	2	1	0	
	M 21	Anda «punta-tacón».	2	1	0	
60-71	M 22	Recorre tres metros saltando sobre un pie.	2	1	0	
	M 23	Coge una pelota.	2	1	0	
	M 24	Se mantiene sobre un solo pie, alternativamente, con los ojos cerrados.	2	1	0	
72-83	M 25	Salta hacia adelante con los pies juntos.	2	1	0	
	M 26	Se inclina y toca el suelo con las manos.	2	1	0	
	M 27	Anda por una línea «punta-tacón».	2	1	0	
84-95	M 28	Lanza la pelota a una diana.	2	1	0	
	M 29	Salta a la cuerda.	2	1	0	
	M 30	Mantiene el equilibrio en cuclillas con los ojos cerrados.	2	1	0	
	M 31	Coge la pelota con una mano.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea



## Continuación Anexo F

**ÁREA MOTORA (cont.)**Subárea: **LOCOMOCIÓN**

**UMBRAL** = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad  
**TECHO** = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
6-11	M 32	Comienza a dar pasos.	2	1	0	
	M 33	Gatea.	2	1	0	
	M 34	Camina con ayuda.	2	1	0	
12-17	M 35	Sube escaleras gateando.	2	1	0	
	M 36	Camina sin ayuda.	2	1	0	
	M 37	Se levanta sin ayuda.	2	1	0	
	M 38	Sube escaleras con ayuda.	2	1	0	
18-23	M 39	Baja escaleras con ayuda.	2	1	0	
	M 40	Corre tres metros sin caerse.	2	1	0	
	M 41	Sube y baja escaleras sin ayuda, colocando ambos pies en cada escalón.	2	1	0	
24-35	M 42	Salta con los pies juntos.	2	1	0	
36-47	M 43	Baja escaleras alternando los pies.	2	1	0	
72-83	M 44	Brinca alternando los pies.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea

Subárea: **MOTRICIDAD FINA**

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	M 45	Mantiene las manos predominantemente abiertas.	2	1	0	
	M 46	Sostiene un objeto con los dedos y la palma de la mano (presión cúbito-palmar).	2	1	0	
6-11	M 47	Coge un caramelo con varios dedos en oposición al pulgar (presión digital parcial).	2	1	0	
	M 48	Se pasa un objeto de una mano a otra.	2	1	0	
	M 49	Abre cajones o armarios.	2	1	0	
12-17	M 50	Entrega un juguete.	2	1	0	
	M 51	Coge un caramelo con los dedos índice y pulgar (pinza superior).	2	1	0	
24-35	M 52	Abre una puerta.	2	1	0	
	M 53	Ensarta 4 cuentas grandes.	2	1	0	
36-47	M 54	Pasa páginas de un libro.	2	1	0	
	M 55	Sujeta el papel mientras dibuja.	2	1	0	
	M 56	Dobla una hoja de papel por la mitad.	2	1	0	
	M 57	Corta con tijeras.	2	1	0	
	M 58	Dobla dos veces un papel.	2	1	0	
48-59	M 59	Abre un candado con llave.	2	1	0	
60-71	M 60	Hace una pelota arrugando papel.	2	1	0	
	M 61	Hace un nudo.	2	1	0	

## Continuación Anexo F

**ÁREA MOTORA (cont.)**Subárea: **MOTRICIDAD PERCEPTIVA**

**UMBRAL** = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad  
**TECHO** = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	M 63	Toca un objeto.	2	1	0	
12-17	M 64	Mete la pastilla en la botella.	2	1	0	
	M 65	Construye una torre de 2 bloques.	2	1	0	
18-23	M 66	Mete anillas en un soporte.	2	1	0	
	M 67	Saca la pastilla de la botella.	2	1	0	
36-47	M 68	Copia una línea vertical.	2	1	0	
	M 69	Copia un círculo.	2	1	0	
48-59	M 70	Copia una cruz.	2	1	0	
	M 71	Corta con tijeras siguiendo una línea.	2	1	0	
	M 72	Copia las letras V, H y T.	2	1	0	
	M 73	Copia un triángulo.	2	1	0	
60-71	M 74	Dibuja una persona (incluyendo seis elementos).	2	1	0	
	M 75	Copia un cuadrado.	2	1	0	
	M 76	Copia palabras sencillas.	2	1	0	
	M 77	Copia los números del 1 al 5.	2	1	0	
72-83	M 78	Copia palabras con letras mayúsculas y minúsculas.	2	1	0	
	M 79	Copia flechas.	2	1	0	
	M 80	Copia un rombo.	2	1	0	
84-95	M 81	Copia un triángulo inscrito en otro triángulo.	2	1	0	
	M 82	Escribe una frase sencilla en letra cursiva.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea

## Continuación Anexo F

**ÁREA COMUNICACIÓN**Subárea: **RECEPTIVA**

**UMBRAL** = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad  
**TECHO** = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	CM 1	Reacciona a un sonido que está fuera de su campo visual.	2	1	0	
	CM 2	Reacciona a la voz.	2	1	0	
	CM 3	Vuelve la cabeza hacia un sonido.	2	1	0	
6-11	CM 4	Reacciona a distintos tonos de voz.	2	1	0	
	CM 5	Asocia palabras con acciones y objetos.	2	1	0	
12-23	CM 6	Sigue tres o más órdenes sencillas.	2	1	0	
	CM 7	Sigue órdenes acompañadas de gestos.	2	1	0	
24-35	CM 8	Comprende los conceptos «dentro, fuera, encima, delante, detrás, hacia».	2	1	0	
	CM 9	Comprende formas posesivas sencillas.	2	1	0	
36-47	CM 10	Comprende los adverbios flojo y fuerte.	2	1	0	
	CM 11	Sigue órdenes verbales que implican dos acciones.	2	1	0	
	CM 12	Comprende las expresiones «el más grande», y «el más largo».	2	1	0	
	CM 13	Responde a preguntas que incluyen las palabras: «qué, quién, dónde y cuándo».	2	1	0	
48-59	CM 14	Distingue entre palabras reales y otras, fonéticamente similares, que no tienen sentido.	2	1	0	
	CM 15	Comprende negaciones sencillas.	2	1	0	
	CM 16	Comprende el plural.	2	1	0	
60-71	CM 17	Comprende el pasado de los verbos ser y estar.	2	1	0	
	CM 18	Identifica palabras que riman.	2	1	0	
	CM 19	Relaciona palabras con imágenes.	2	1	0	
	CM 20	Recuerda hechos de una historia contada.	2	1	0	
	CM 21	Comprende el futuro de los verbos ser y estar.	2	1	0	
72-83	CM 22	Reconoce palabras que no pertenecen a una categoría.	2	1	0	
	CM 23	Sigue órdenes que implican tres acciones.	2	1	0	
	CM 24	Identifica el sonido inicial de las palabras.	2	1	0	
84-95	CM 25	Recuerda hechos de una historia contada.	2	1	0	
	CM 26	Identifica el sonido final de las palabras.	2	1	0	
	CM 27	Comprende los conceptos: dulce, duro y brillante.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea



## Continuación Anexo F

**ÁREA COMUNICACIÓN (cont.)**

Subárea: **EXPRESIVA**
**UMBRAL** = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel  
**TECHO** = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
0-5	CM 28	Emite sonidos vocálicos.	2	1	0	
	CM 29	Emite sonidos para expresar su estado de ánimo.	2	1	0	
6-11	CM 30	Emite sonidos consonante-vocal.	2	1	0	
	CM 31	Emite cadenas silábicas.	2	1	0	
12-23	CM 32	Utiliza gestos para indicar sus necesidades.	2	1	0	
	CM 33	Imita sonidos de palabras.	2	1	0	
	CM 34	Utiliza diez o más palabras.	2	1	0	
	CM 35	Utiliza diferentes patrones de entonación.	2	1	0	
	CM 36	Emite sonidos, palabras o gestos asociados a objetos de su entorno.	2	1	0	
24-35	CM 37	Utiliza los pronombres «yo», «tú» y «mí».	2	1	0	
	CM 38	Utiliza expresiones de dos palabras.	2	1	0	
	CM 39	Utiliza frases de tres palabras.	2	1	0	
36-47	CM 40	Responde «sí» o «no» adecuadamente.	2	1	0	
	CM 41	Da nombre a su trabajo creativo.	2	1	0	
	CM 42	Formula preguntas utilizando las palabras: «qué, quién, dónde, por qué y cómo».	2	1	0	
	CM 43	Utiliza el plural terminado en «s».	2	1	0	
	CM 44	Habla sobre sus experiencias.	2	1	0	
48-59	CM 45	Utiliza los artículos determinados e indeterminados (el, la, un, una).	2	1	0	
	CM 46	Utiliza el pasado en verbos regulares.	2	1	0	
	CM 47	Repite palabras articulándolas correctamente.	2	1	0	
	CM 48	Utiliza frases de cinco o seis palabras.	2	1	0	
	CM 49	Se comunica adecuadamente.	2	1	0	
60-71	CM 50	Interviene en una conversación.	2	1	0	
	CM 51	Utiliza el plural terminado en «es».	2	1	0	
	CM 52	Utiliza el pasado en verbos irregulares.	2	1	0	
	CM 53	Expresa sus sentimientos.	2	1	0	
	CM 54	Utiliza el comparativo.	2	1	0	
72-83	CM 55	Asocia una palabra con su definición.	2	1	0	
	CM 56	Utiliza el superlativo.	2	1	0	
	CM 57	Habla sobre cosas que pueden suceder.	2	1	0	
84-95	CM 58	Define palabras.	2	1	0	
	CM 59	Nombra palabras de diversas categorías.	2	1	0	

 +  =  Puntuación subárea



## Continuación Anexo F

**ÁREA COGNITIVA**

Subárea: **DISCRIMINACIÓN PERCEPTIVA**

**UMBRAL** = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.  
**TECHO** = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de edad.

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación	Observaciones
0-5	CG 1	Explora su entorno visualmente.	2 1 0	
	CG 2	Reacciona ante situaciones nuevas.	2 1 0	
	CG 3	Explora objetos.	2 1 0	
6-11	CG 4	Explora o investiga el entorno.	2 1 0	
12-23	CG 5	Coloca las piezas círculo y cuadrado en el tablero de encajes.	2 1 0	
24-35	CG 6	Empareja formas geométricas sencillas.	2 1 0	
	CG 7	Empareja un círculo, un cuadrado y un triángulo.	2 1 0	
36-47	CG 8	Identifica objetos sencillos por el tacto.	2 1 0	
60-71	CG 9	Empareja palabras sencillas.	2 1 0	
72-83	CG 10	Reconoce diferencias visuales entre números, formas geométricas y letras similares.	2 1 0	

+  =  Puntuación subárea

Subárea: **MEMORIA**

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación	Observaciones
0-5	CG 11	Sigue un estímulo auditivo.	2 1 0	
	CG 12	Sigue un estímulo visual.	2 1 0	
6-11	CG 13	Levanta una taza para conseguir un juguete.	2 1 0	
	CG 14	Busca un objeto desaparecido.	2 1 0	
24-35	CG 15	Repite secuencias de dos dígitos.	2 1 0	
	CG 16	Elige la mano que esconde el juguete.	2 1 0	
36-47	CG 17	Recuerda objetos familiares.	2 1 0	
72-83	CG 18	Repite secuencias de cuatro dígitos.	2 1 0	
	CG 19	Recuerda hechos de una historia contada.	2 1 0	
84-95	CG 20	Repite secuencias de seis dígitos.	2 1 0	

+  =  Puntuación subárea

## Continuación Anexo F

**ÁREA COGNITIVA (cont.)****Subárea: RAZONAM. Y HABILIDADES ESCOLARES**

UMBRAL = puntuación 2 en dos ítems consecutivos de un nivel de e  
TECHO = puntuación 0 en dos ítems consecutivos de un nivel de e

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
6-11	CG 21	Tira de una cuerda para obtener un juguete.	2	1	0	
12-23	CG 22	Extiende los brazos para obtener un juguete colocado detrás de una barrera.	2	1	0	
36-47	CG 23	Responde a una orden dos veces consecutivas.	2	1	0	
48-59	CG 24	Identifica quien realiza algunas actividades conocidas.	2	1	0	
	CG 25	Entrega tres objetos por indicación.	2	1	0	
	CG 26	Responde a preguntas lógicas sencillas.	2	1	0	
	CG 27	Completa analogías opuestas.	2	1	0	
	CG 28	Identifica el mayor de dos números.	2	1	0	
60-71	CG 29	Selecciona palabras sencillas presentadas visualmente.	2	1	0	
	CG 30	Identifica las partes incompletas de un dibujo.	2	1	0	
	CG 31	Reconoce errores en dibujos absurdos.	2	1	0	
72-83	CG 32	Escribe letras que representan sonidos.	2	1	0	
	CG 33	Ordena en secuencia historias corrientes.	2	1	0	
	CG 34	Resuelve sumas y restas sencillas (números del 0 al 5).	2	1	0	
84-95	CG 35	Resuelve problemas sencillos, presentados oralmente, que incluyen la sustracción.	2	1	0	
	CG 36	Resuelve multiplicaciones sencillas.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea

**Subárea: DESARROLLO CONCEPTUAL**

EDAD (meses)	Ítem	Conducta	Puntuación			Observaciones
12-23	CG 37	Se reconoce a sí mismo como causa de acontecimientos.	2	1	0	
24-35	CG 38	Identifica objetos familiares por su uso.	2	1	0	
36-47	CG 39	Identifica los tamaños grande y pequeño.	2	1	0	
48-59	CG 40	Identifica el más largo de dos palos.	2	1	0	
	CG 41	Clasifica objetos por su forma.	2	1	0	
	CG 42	Compara tamaños.	2	1	0	
60-71	CG 43	Identifica texturas (suave, lisa, rugosa).	2	1	0	
	CG 44	Identifica actividades presentes y pasadas.	2	1	0	
	CG 45	Identifica colores.	2	1	0	
	CG 46	Forma un círculo con cuatro piezas.	2	1	0	
	CG 47	Clasifica objetos por su función.	2	1	0	
	CG 48	Ordena cuadrados de menor a mayor.	2	1	0	
	CG 49	Identifica los objetos primero y último de una fila.	2	1	0	
	CG 50	Completa un puzzle de seis piezas que representa una persona.	2	1	0	
72-83	CG 51	Conoce los lados derecho e izquierdo de su cuerpo.	2	1	0	
	CG 52	Identifica el objeto central de una fila.	2	1	0	
84-95	CG 53	Dice las horas y las medias horas.	2	1	0	
	CG 54	Clasifica objetos por su forma y color.	2	1	0	
	CG 55	Conserva el espacio bidimensional.	2	1	0	
	CG 56	Conserva la longitud.	2	1	0	

+  =  Puntuación subárea



Continuación Anexo F

OBSERVACIONES CLÍNICAS	
ÁREA PERSONAL/SOCIAL	
ÁREA ADAPTATIVA	
ÁREA MOTORA	
ÁREA COMUNICACIÓN	
ÁREA COGNITIVA	
COMENTARIOS GENERALES	



# BATTLE

## INVENTARIO DE DESARROLLO

## RESUMEN DE PUNTUACIONES Y PERFIL

## PERFIL

[illegible]



## Anexo G

## Cuestionario de madurez Neuropsicológica (CUMANIN)

CUESTIONARIO DE MADUREZ NEUROPSICOLOGICA INFANTIL  
CUMANIN

Nombre y Apellidos :

Fecha de Nacimiento :  Fecha de Exploración :

Edad en Meses :  Sexo :

Dirección y Teléfono :

Centro Educativo :

Nombre del Examinador :

Hora de Inicio :  Hora de Término :  Tiempo Total :

ESCALAS													
PRINCIPALES							ADICIONALES						
CENTIL	PSICOMOTRICIDAD	LENGUAJE ARTICULATORIO	LENGUAJE EXPRESIVO	LENGUAJE COMPRENSIVO	ESTRUCTURA ESPACIAL	VISOPERCEPCION	MEMORIA ICONICA	RITMO	CENTIL	FLUIDEZ VERBAL	ATENCION	LECTURA	ESCRITURA
99	o	o	o	o	o	o	o	o	99	o	o	o	o
95	o	o	o	o	o	o	o	o	95	o	o	o	o
90	o	o	o	o	o	o	o	o	90	o	o	o	o
85	o	o	o	o	o	o	o	o	85	o	o	o	o
80	o	o	o	o	o	o	o	o	80	o	o	o	o
75	o	o	o	o	o	o	o	o	75	o	o	o	o
70	o	o	o	o	o	o	o	o	70	o	o	o	o
65	o	o	o	o	o	o	o	o	65	o	o	o	o
60	o	o	o	o	o	o	o	o	60	o	o	o	o
55	o	o	o	o	o	o	o	o	55	o	o	o	o
50	o	o	o	o	o	o	o	o	50	o	o	o	o
45	o	o	o	o	o	o	o	o	45	o	o	o	o
40	o	o	o	o	o	o	o	o	40	o	o	o	o
35	o	o	o	o	o	o	o	o	35	o	o	o	o
30	o	o	o	o	o	o	o	o	30	o	o	o	o
25	o	o	o	o	o	o	o	o	25	o	o	o	o
20	o	o	o	o	o	o	o	o	20	o	o	o	o
15	o	o	o	o	o	o	o	o	15	o	o	o	o
10	o	o	o	o	o	o	o	o	10	o	o	o	o
5	o	o	o	o	o	o	o	o	5	o	o	o	o
1	o	o	o	o	o	o	o	o	1	o	o	o	o

OBSERVACIONES :

SUMARIO		
ESCALAS PRINCIPALES	PD	PC
PSICOMOTRICIDAD		
LENGUAJE ARTICULATORIO		
LENGUAJE EXPRESIVO		
LENGUAJE COMPRENSIVO		
ESTRUCTURA ESPACIAL		
VISOPERCEPCION		
MEMORIA ICONICA		
RITMO		
PUNTAJE TOTAL		

ESCALAS ADICIONALES	PD	PC
FLUIDEZ VERBAL		
ATENCION		
LECTURA		
ESCRITURA		
PUNTAJA TOTAL		

DESARROLLO VERBAL		
DESARROLLO NO VERBAL		
DESARROLLO GLOBAL		
COCIENTE DE DESARROLLO		

LATERALIDAD	MANO				OJO	PIE
	D+	D-	I+	I-	D I	D I

## Continuación Anexo G

## ESCALAS ADICIONALES

## 9. FLUIDEZ VERBAL

1. CARRO
No de palabras :
Respuesta :
2. ARBOL
No de palabras :
Respuesta :

3. BARCO - MAR
No de palabras :
Respuesta :
4. TIGRE - TELEVISIONI
No de palabras :
Respuesta :

## 10. ATENCION

Número total de cuadrados marcados	
Número total de otras figuras marcadas	
Mano Usada (M6)	D I
TIEMPO	

## 11. LECTURA

ELEMENTO		PUNTAJE	
1	Mula	0	1
2	Loba	0	1
3	Zapato	0	1
4	Sol	0	1
5	Pinza	0	1
6	Cajón	0	1
7	Globo	0	1
8	Fruta	0	1
9	Prisa	0	1
10	Truco	0	1
11	La luna sale de noche	0	1
12	La espiga es de trigo	0	1
PD			

## 12. ESCRITURA

ELEMENTO		PUNTAJE	
1	Mula	0	1
2	Loba	0	1
3	Zapato	0	1
4	Sol	0	1
5	Pinza	0	1
6	Cajón	0	1
7	Globo	0	1
8	Fruta	0	1
9	Prisa	0	1
10	Truco	0	1
11	La luna sale de noche	0	1
12	La espiga es de trigo	0	1
PD			
Mano usada (M7)		D	I

## 13. LATERALIDAD

MANO UTILIZADA		
M1	Nariz - dedo	D I
M2	Pulgar - tocar dedos	D I
M3	Estruc. Espacial	D I
M4	Visopercepción	D I
M5	Ritmo	D I
M6	Atención	D I
M7	Escritura	D I
M8	Lanzar una pelota	D I

OJO UTILIZADO		
01	Perro	D I
02	Casa	D I
03	Niño	D I
04	Pelota	D I
05	Lápiz	D I

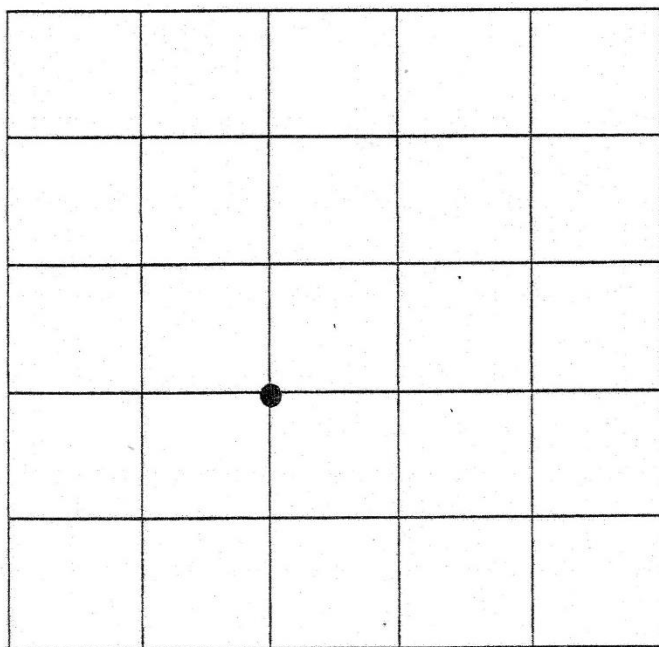
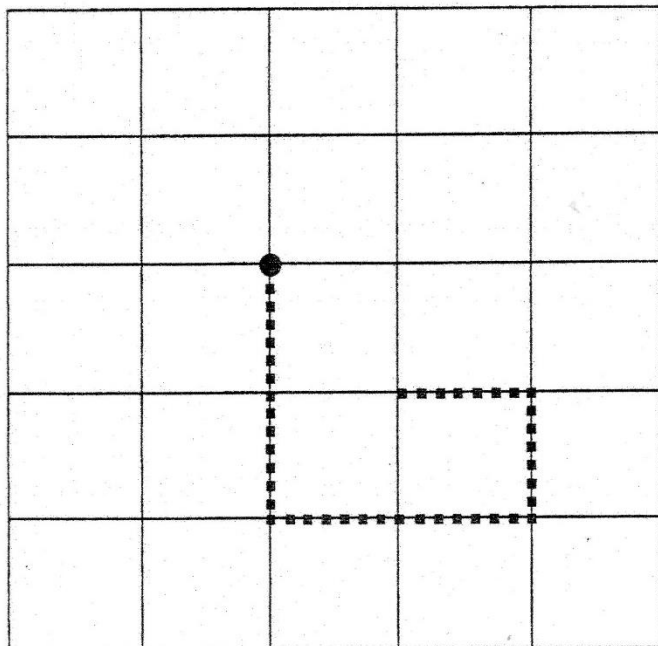
PIE UTILIZADO		
P1	Saltando en un pie	D I
P2	Andar en equilibrio	D I
P3	Patada pelota	D I
P4	Patada pelota	D I

Continuación Anexo G

# **ESTRUCTURACION ESPACIAL**


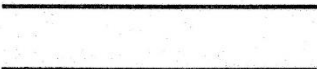
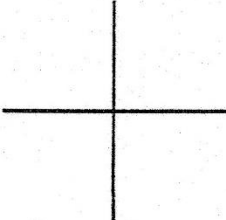
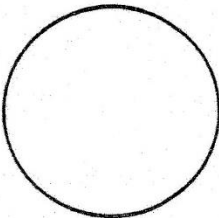
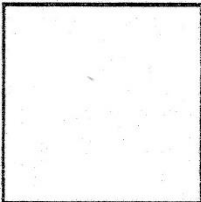
Elemento de entrenamiento

**TAREA:** *dos abajo, dos derecha, uno arriba y uno izquierda*



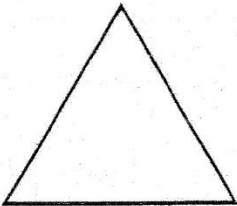
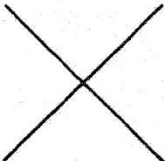
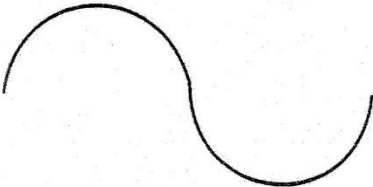
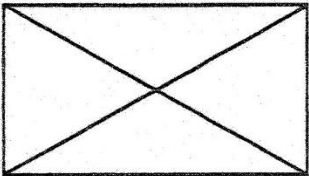
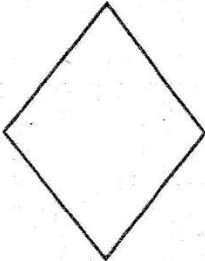



Continuación Anexo G

<b>1</b>		
<b>2</b>		
<b>3</b>		
<b>4</b>		
<b>5</b>		

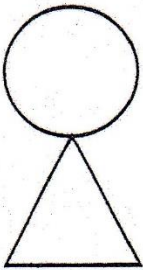
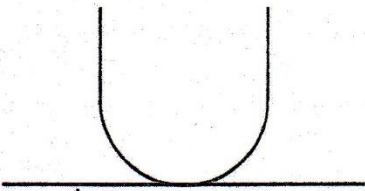
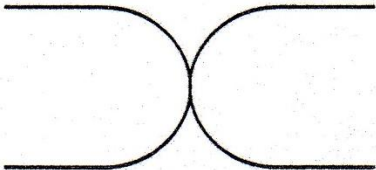
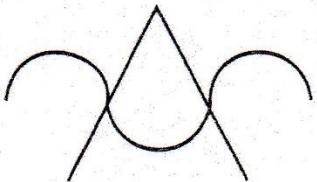
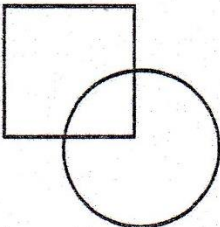


Continuación Anexo G

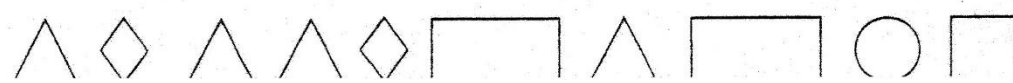
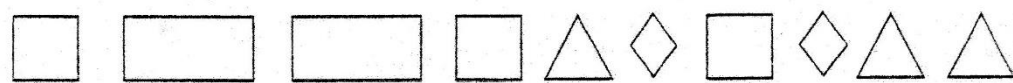
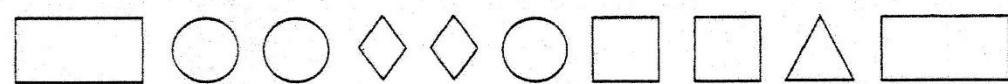
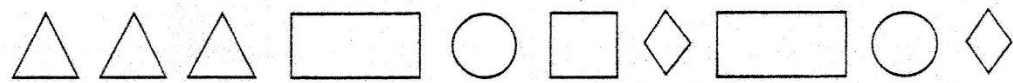
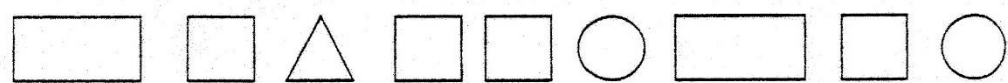
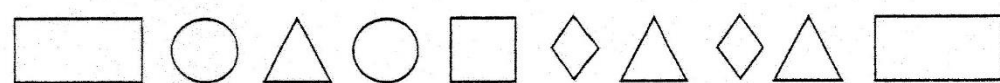
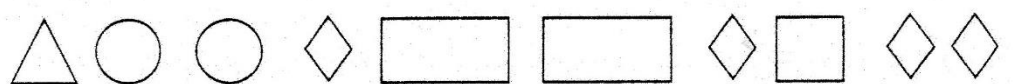
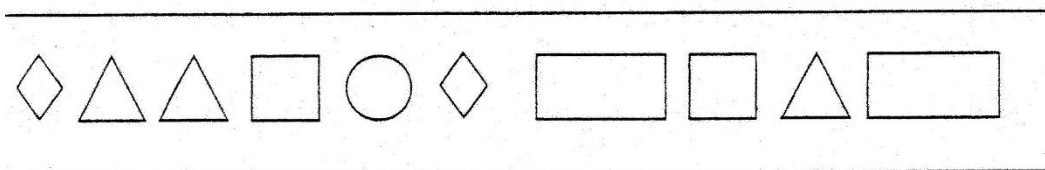
<b>6</b>		
<b>7</b>		
<b>8</b>		
<b>9</b>		
<b>10</b>		



Continuación Anexo G

<b>11</b>		
<b>12</b>		
<b>13</b>		
<b>14</b>		
<b>15</b>		

Continuación Anexo G



## Continuación Anexo G



<b>Mula</b>
-------------

<b>Loba</b>
-------------

<b>Zapato</b>
---------------

<b>Sol</b>
------------

<b>Pinza</b>
--------------

<b>Cajón</b>
--------------

<b>Globo</b>
--------------

<b>Fruta</b>
--------------

<b>Prisa</b>
--------------

<b>Truco</b>
--------------

<b>La luna sale de noche</b>
------------------------------

<b>La espiga es de trigo</b>
------------------------------

Continuación Anexo G

## Escritura

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

## Dictado de frases

11

12



## Anexo H

### Formato de observación y registro de las características del apego

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA  
Instrumento de investigación



DATOS DEL INSTRUMENTO				
Nombre del instrumento:	Registro de observación de la calidad y las características del apego			
Adaptado de:	Experimento de apego, Ainsworth			
Objetivo del instrumento:	Identificar las conductas de apego			

DATOS DE LA APLICACIÓN				
Nombre del observador:				
Característica del observador:				
Fecha de la evaluación:		Hora:		Lugar:
Nombre del niño evaluado:				Edad:
Nombre del cuidador:				Edad:

REGISTRO DE EVALUACIÓN				
Episodio	Personas presentes	Duración	Descripción	Evaluación Conductual
1	Cuidador, niño y observador.	1 minuto	El observador la sala y se va.	<input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Inseguro
2	Cuidador y Niño	3 minutos	El niño explora mientras el cuidador no participa (a no ser que sea necesario).	<input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Bajo
3	Cuidador, Niño y Extraño	3 minutos	El extraño entra, se queda en silencio, conversa con el cuidador, se aproxima al niño y juega con él.	<input type="checkbox"/> Sociabilidad <input type="checkbox"/> Indiferencia <input type="checkbox"/> Mucha Cautela
4	Niño y Extraño	3 minutos	El cuidador se va de la sala. <b>Primer episodio de separación</b>	<input type="checkbox"/> Ansiedad muy alta <input type="checkbox"/> Ansiedad alta <input type="checkbox"/> Ansiedad baja
5	Cuidador y Niño	3 minutos	El cuidador vuelve. El extraño se va. <b>Primer episodio de reunión</b>	<input type="checkbox"/> Proximidad y fácil consuelo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Resistencia al consuelo
6	Niño solo	3 minutos	El cuidador deja al niño solo en la habitación. <b>Segundo episodio de separación</b>	<input type="checkbox"/> Ansiedad muy alta <input type="checkbox"/> Ansiedad alta <input type="checkbox"/> Ansiedad baja
7	Niño y Extraño	3 minutos	Continúa la separación. Entra el extraño.	<input type="checkbox"/> Sociabilidad <input type="checkbox"/> Indiferencia <input type="checkbox"/> Mucha Cautela
8	Cuidador y Niño	3 minutos	El cuidador vuelve y el extraño se va. <b>Segundo episodio de reunión</b>	<input type="checkbox"/> Proximidad y fácil consuelo <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Resistencia al consuelo